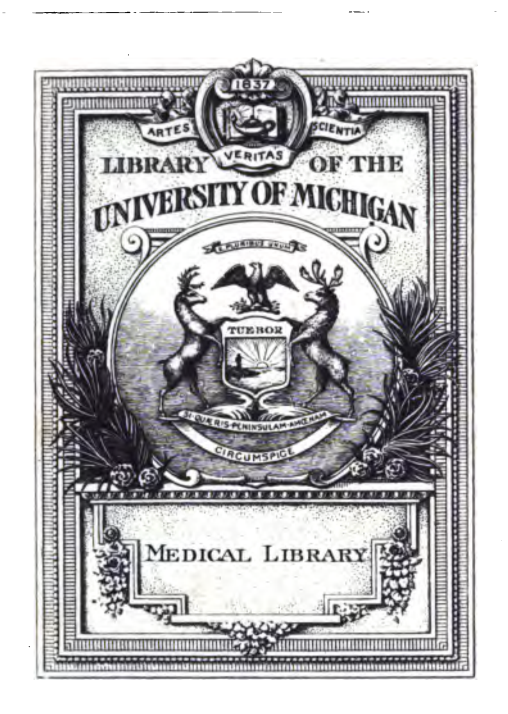
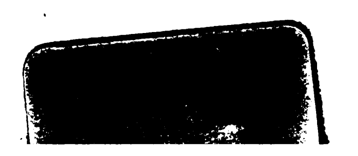



1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
TUEBOR
SI·QUÆRIS·PENINSULAM·AMŒNAM
CIRCUMSPICE
MEDICAL LIBRARY



REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

IMPRIMERIE DE BÉTHUNE ET PLON,
36, Rue de Vaugirard.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Journal

DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE;

PAR

MM. BAYLE, CAYOL, GIBERT, MARTINET.

1837.

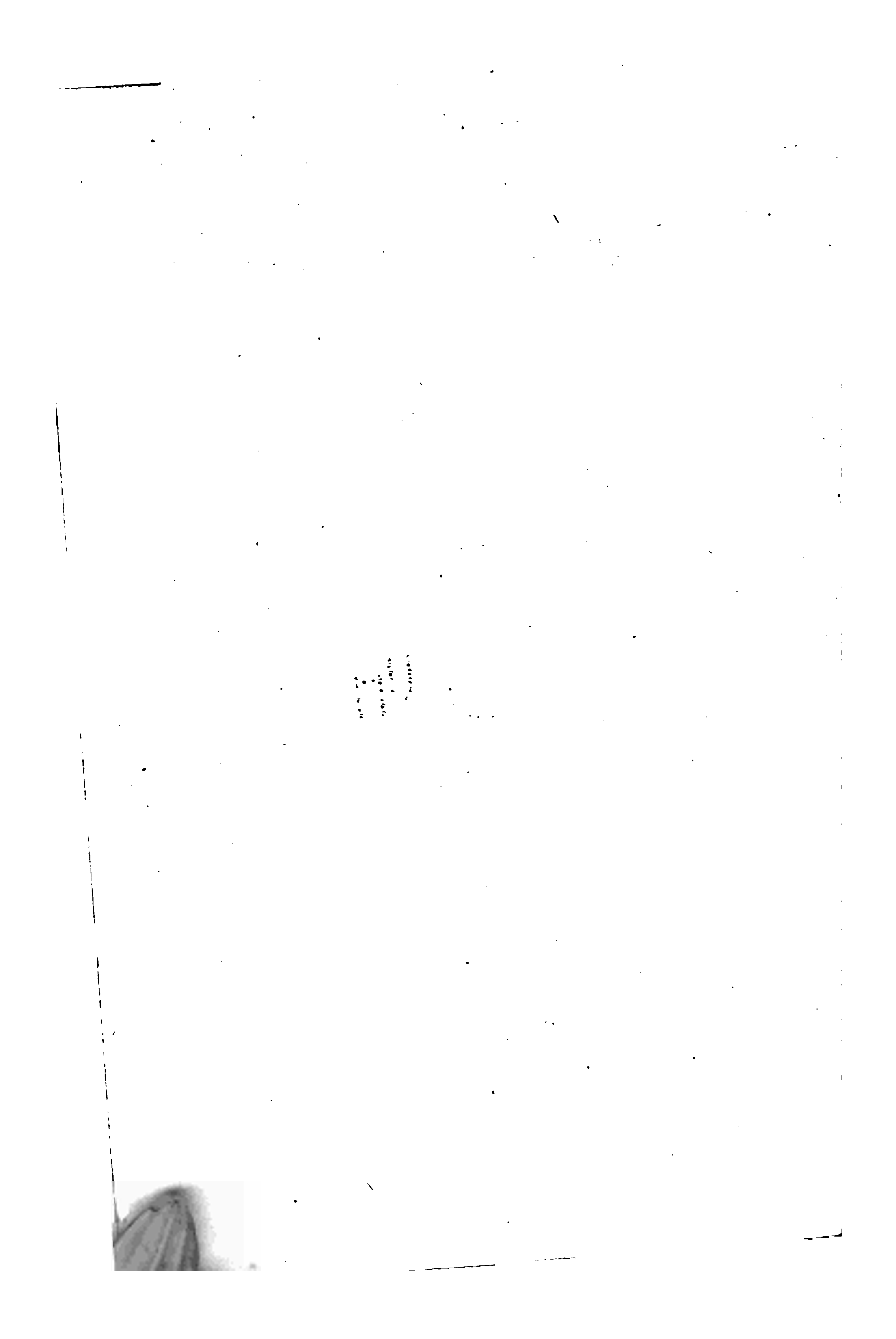
TOME PREMIER.

PARIS,

AU BUREAU DE LA REVUE MÉDICALE,

Rue Servandoni, n° 17, Hôtel de la Mairie.

1836.



REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

INTRODUCTION.

COUP-D'ŒIL SUR LES PROGRÈS DE 1836.

« Qui ne sait (disions-nous dans notre *Coup-d'œil* de l'année dernière) que, sous le nom de fièvre typhoïde on peut comprendre des états fébriles de degré, de gravité, de nature même fort différents, et que souvent on est exposé dans ce genre d'affections, comme dans beaucoup d'autres maladies aiguës, à attribuer aux remèdes ce qui appartient à la marche même du mal, soit qu'il s'aggrave, soit qu'il ait une heureuse terminaison ! »

Voici que les résultats du dernier concours, ouvert sur cette question par la Société de médecine du département, sont venus cette année encore pleinement confirmer nos paroles.

Dans un rapport fort bien fait que notre collaborateur M. le docteur Prus, secrétaire-général de cette Société, a publié dans le numéro de novembre 1836 de la *Revue*, on lit les remarques qui suivent :

« Quelqu'analogie, quelque ressemblance que présentent les symptômes des fièvres graves dont les anciens nous ont laissé le tableau, avec les symptômes de celles désignées aujourd'hui sous le nom de fièvres typhoïdes, qui pourrait affirmer qu'il y a identité entre ces affections? Qui pourrait dire que nos fièvres typhoïdes se terminent aussi souvent par des crises que les fièvres des anciens? . . . . Et, d'autre part, qui nous apprendra si les fièvres graves des temps reculés étaient ou non accompagnées de ces altérations si remarquables que nous voyons dans les plaques elliptiques de Peyer, et dans les follicules isolés que Peyer a également décrits le premier, mais qui cependant portent le nom de Brunner?

« . . . Est-il vrai que dans certains pays, à Dublin, par exemple, on observe tous les symptômes de l'affection typhoïde chez des sujets qui, à l'ouverture du cadavre, n'offrent aucune lésion des follicules de l'intestin grêle?

« . . . Les fièvres typhoïdes seraient-elles, dans tous les temps, dans tous les pays et sous toutes les influences épidémiques, une seule et même maladie? »

M. le docteur Montault, chef de clinique à l'hôpital de la Charité, dont le mémoire a été couronné par la Société de médecine, établit d'ailleurs qu'à Paris même, et dans nos hôpitaux, c'est à tort que les ulcérations, ou du moins la tuméfaction des plaques de Peyer, ont été indiquées comme la lésion fondamentale de la fièvre typhoïde :

« On se tromperait, dit-il, si l'on croyait, d'après M. Louis, que l'altération des plaques elliptiques de Peyer est constante. On trouve, *rarement* si l'on veut, mais enfin on trouve quelquefois une entérite villeuse sans au-

cune trace d'entérite folliculeuse. C'est ce qu'a vu M. Andral deux fois sur 30 cas de fièvre typhoïde; c'est ce qu'a vu neuf fois M. Casimir Broussais; c'est ce que l'auteur a constaté quatre fois sur 51 cas.»

Ajoutons à cela les exemples recueillis par les observateurs les plus dignes de foi, de fièvres graves qui n'ont laissé aucune altération matérielle appréciable, ou qui en ont laissé d'une tout autre espèce que celles indiquées comme caractéristiques (M. *Louis* lui-même, M. *Chomel*, M. *Andral*, MM. *Cayol*, *Bayle*, *Gendrin*, *Gibert*, *Jacquet*, J. N. *Pellieux*, *etc.*), et l'on verra combien, même sous le rapport de l'anatomie pathologique, il y a encore lieu à contester les assertions des novateurs modernes sur la nature des fièvres de mauvais caractère. Que serait-ce si nous voulions nous appuyer sur les inductions que l'on peut tirer du traitement?

. . . .

I. — PHILOSOPHIE MÉDICALE. — Nous remplissons un devoir en plaçant en première ligne le mémoire de M. Fuster sur l'*état actuel de la science* (1) et en consignant ici quelques-unes des réflexions que lui a suggérées une remarque critique que nous nous étions permise sur un premier travail publié l'année précédente sur le même sujet.

« . . . Quand les hommes abandonnent les traces de la religion (dit M. *Fuster*), ils se créent, en guise de flambeau, pour se frayer une route dans la carrière de l'observation, un faisceau de principes ou de lois, qu'ils décorent du titre de philosophie, parce qu'ils en font hommage à la sagesse humaine, quoiqu'il ne se compose, à bien le

(1) *Revue Méd.*, février 1836.

prendre, que des débris de ces antiques vérités proposées par la religion et acceptées par la foi religieuse.

« . . . Partout, tant que les croyances religieuses ont été vives, la religion et la philosophie ont fait cause commune et se sont confondues. Est-ce à dire que, durant ces périodes, il n'y a pas eu de philosophie? Non, sans doute. Seulement alors la philosophie, au lieu de marcher seule à la lueur vacillante de la raison de l'homme, s'appuie de toutes parts sur le dogme, et s'éclaire au foyer de toute sagesse ou à la raison de Dieu. Telle a été, à plus forte raison, la philosophie dans les beaux temps du catholicisme, sous l'empire de la religion la plus parfaite, etc.»

Nous espérons qu'on n'accusera ni M. Fuster ni nous de vouloir rétrograder vers le moyen âge, au moment où nous nous efforçons seulement de faire rendre justice au passé et de conserver de précieuses traditions. Combien pourrions-nous citer d'hommes religieux, même dans nos jours qui le sont encore si peu, qui se sont constamment montrés non-seulement les partisans déclarés *du progrès*, mais (ce qui n'est pas toujours la même chose à beaucoup près) les sectateurs avides *du nouveau* !

Bornons-nous à répéter avec notre estimable collaborateur, le mot de Leibnitz sur une époque tant décriée par les faux philosophes de la fin du dix-huitième siècle : « Quand on y regardera de près, on trouvera de grandes richesses dans ce prétendu fumier.»

M. le docteur Lagasquie a inséré dans le cahier de janvier de la *Revue* un article intitulé *Introduction à la thérapeutique naturelle*, que nous devons signaler à nos lecteurs comme la reproduction la plus exacte des doctrines

auxquelles nous avons voué nos efforts. Le dogme de la nature médicatrice, rectifié par l'expérience et l'expérimentation raisonnée, constitue la pensée principale de ce travail remarquable. L'importance d'une saine érudition et d'une observation réfléchie (le plus possible dépouillé de préoccupation et de préjugé) y est convenablement appréciée.

Il existe dans l'organisation une force agissante qui tend au rétablissement comme elle veillait à la conservation de la santé : cette observation, en quelque sorte triviale, fonde la vérité la plus générale, le principe le plus fécond qui existe en médecine : ajoutez-y la loi du *consensus,* cet ensemble d'actions et de réactions *dirigées vers un but.....*, et vous aurez les deux bases principales de la MÉDECINE HIPPOCRATIQUE, de celle à laquelle la *Revue* a consacré son drapeau. Or, il faut bien le reconnaître avec l'auteur de l'article que nous citons, ces deux vérités, toutes simples et toutes vulgaires qu'elles paraissent, ont été singulièrement méconnues et négligées par les médecins matérialistes.

L'emploi des médications énergiques, dit avec raison M. *Lagasquie,* suppose l'expérience acquise de leur nécessité, ou tout au moins des bons résultats qu'elles ont souvent produits, autrement mieux vaudrait rester dans l'expectative; car la nature ne succombe pas sans combattre, et il faut prendre garde de nuire aux efforts désespérés qu'elle tente pour la conservation.

Pour ma part, je pourrais citer bon nombre d'exemples de ces cas où l'art a nui aux efforts de la nature en employant des médications énergiques. On en pourra consulter un bien remarquable publié en 1828 dans le t. IV

de la *Nouvelle Bibliothèque médicale*. Un jeune homme avale un fragment d'os qui perce le pharynx et s'arrête dans le tissu cellulaire profond du cou, derrière et sur le côté gauche du larynx; mais on croit cet os enfoncé dans l'estomac, et l'on s'attache à combattre, par la médecine antiphlogistique la plus active, des accidents que l'on attribue à une prétendue *œsophagite*. Des symptômes ataxiques se déclarent, le malade succombe, et à l'autopsie on trouve, au milieu d'un *abcès gangréneux* profond, le fragment d'os autour duquel les efforts de la nature avaient évidemment cherché à établir un travail éliminatoire! Puisse ce cas funeste servir de leçon aux partisans de la saignée *coup sur coup* dans les maladies fébriles et inflammatoires!

Il est vrai de dire toutefois que la *méthode naturelle* n'embrasse pas toute la thérapeutique médicale : nous devons à l'art expérimental de précieuses découvertes..., mais il ne faut jamais confondre l'expérimentation avec l'expérience proprement dite.

Nous devons à M. Marcé un travail sur la *spécificité*, que la Revue a emprunté au journal de la société de médecine de Nantes (cah. de juin).

«Tout phénomène pathologique, dit *M. Marcé*, comprend nécessairement deux éléments essentiels : l'action des causes morbides et celle des organes affectés. Les doctrines de Bichat et celles de Broussais, son continuateur, excellentes quand il s'agit de localiser les symptômes, sont insuffisantes quand il faut apprécier la spécificité des causes, des maladies et des médicaments.

«... Les formes anatomiques ne constituent pas l'essence même des maladies... L'ophthalmie intermittente ne peut

être anatomiquement différenciée de celle qui est purement inflammatoire ; l'arthritis du genou, succédant à la blennorrhagie, ne peut l'être non plus de celle qui dépend d'un refroidissement, ou d'un exercice prolongé de cette articulation.

«.... En fait de diagnostic et d'indications thérapeutiques, l'anatomie pathologique n'a pas d'autre signification que celle des symptômes locaux. Comme eux, elle ne peut indiquer que le siége de l'affection et l'emploi des moyens rationnels. Elle ne révèlera point la spécificité des causes et celle des médicaments. La fièvre pernicieuse cholérique et la gastro-entérite ont, à l'autopsie, le même aspect ; leur cause et leur traitement sont-ils les mêmes?

«... Les modificateurs ordinaires de la peau ne sauraient créer la gale de toutes pièces. Cette maladie suppose une cause spéciale ou *spécifique*, laquelle existe dans l'*acarus*. Les modificateurs habituels des fonctions et des sympathies génitales ne sauraient faire surgir le groupe pathologique qui constitue la syphilis.

«... Il n'y a point, d'ailleurs, de maladie purement et exclusivement spécifique ; la syphilis, la rage, la variole, ne sont-elles pas accompagnées d'irritations ? D'un autre côté, si la pneumonie était toujours uniquement inflammatoire, pourquoi les émétiques et les purgatifs ont-ils dû, dans certaines épidémies, remplacer les évacuations sanguines ?

« ... Que de sophismes les sectateurs exclusifs de Broussais n'ont-ils pas entassés à l'égard des maladies et des médicaments spécifiques !

« De toutes les causes de nos erreurs, dit *Stalh*, la plus grave, sans contredit, est cette précipitation téméraire

avec laquelle nous allons nier la réalité d'un fait, précisément parce que nous ne pouvons le comprendre ! »

Jusqu'à présent (nous sommes bien forcés de l'avouer), le hasard et l'empirisme ont eu seuls les honneurs de la découverte des médicaments spécifiques ; mais puisqu'on a découvert le quinquina, l'opium, le mercure, pourquoi ne ferait-on pas encore des découvertes analogues? Nul doute que les médications générales, les méthodes rationnelles ne doivent nécessairement perdre de leur valeur, à mesure que le nombre des médicaments spécifiques s'accroîtra. Les fièvres pernicieuses n'étaient-elles pas traitées par les méthodes banales qui étaient en vogue avant la découverte du quinquina? Et si l'on veut aujourd'hui, sous couleur de *progrès*, nous faire rétrograder vers le temps où l'on n'opposait à la syphilis que le régime, la saignée, les bains, les purgatifs, les dépuratifs, en un mot, les médications *rationnelles*, toujours faut-il reconnaître que, depuis près de trois siècles, ces médications avaient été généralement abandonnées par la méthode *spécifique* ou mercurielle.

« Ces remèdes (dit *Fr. Hoffmann*), qui doivent être préférés à tous les autres médicaments connus, ne seront pas pour nous des agents qui toujours, et dans toutes les circonstances, produisent avec certitude des effets salutaires, et ne doivent jamais tromper l'espoir du médecin. De telles vertus dans les médicaments ne se trouveront jamais... » Ce sont seulement des remèdes *spéciaux* dont l'expérience a constaté l'efficacité; aussi nous répétons avec *Stalh* :

«... Laissant de côté toutes ces puérilités, nous nous attachons à suivre fidèlement les traces de la vérité, et

c'est sur l'observation même que nous fondons notre croyance, quand nous disons qu'il existe des *spécifiques.*

« L'expérience nous révèle à la fois la réalité des spécifiques, leurs usages et les circonstances qui en assurent le succès. Elle atteste de plus que la spécificité n'est pas un fait incertain, fortuit, imaginaire et stérile, mais qu'elle produit des résultats positifs et proportionnés aux moyens employés; qu'elle est soumise à des méthodes et à des lois, et qu'elle se rattache à une cause.»

Il nous semble que les deux mémoires que nous venons de citer, celui de M. Lagasquie sur la thérapeutique *naturelle* et celui de M. Marcé sur les *spécifiques*, se complètent parfaitement l'un par l'autre; ce n'est pas notre faute, d'ailleurs, si ce que nous signalons à nos lecteurs comme du *progrès* n'est autre chose qu'un retour aux sages doctrines d'un autre âge...; c'est la faute de notre époque qui a voulu tout refaire et qui s'était d'abord empressée de tout oublier !

Nous ne terminerons pas ce qui a trait à la *philosophie médicale*, sans mentionner les observations et les remarques intéressantes de MM. Boucher de la Ville-Jossy, de Nantes (cah. de juillet), et Pamard, d'Avignon (cahier d'octobre), sur *l'influence du moral sur le physique* de l'homme,

Comme le dit, avec juste raison, le premier de ces auteurs, la médecine ne consiste pas seulement dans l'application, aux maladies, des agents thérapeutiques fournis par la matière médicale et l'hygiène; le médecin philosophe est souvent appelé à mettre en jeu d'autres ressorts, qui, pour être cachés, n'en existent pas moins, et dans une foule de cas répondent merveilleusement à l'appel qui leur

est fait. Plusieurs malades ont dû leur salut à l'action bien dirigée d'une thérapeutique toute morale; d'autres, au contraire, ont succombé sous l'influence meurtrière de leur imagination. On trouve dans le mémoire de M. Pamard un exemple frappant de cette redoutable influence. Ajoutons que, dans ces sortes de cas, la mort a si bien été le résultat de la perturbation nerveuse, causée par l'impression morale, que l'autopsie n'a pu faire reconnaître de lésion matérielle propre à rendre compte des accidents observés durant la vie. Au même sujet, se rapporte le mémoire académique de M. Joly, sur *l'influence thérapeutique de la volonté,* que nous publions dans ce même cahier de la *Revue.* (*Voy.* plus loin, p. 28.)

II. — Médecine. — Nous avons eu occasion de recueillir, dans l'héritage scientifique d'un praticien distingué de la capitale (le docteur Léveillé), quelques travaux qui ne nous ont pas paru indignes de trouver place dans nos annales. Les mémoires sur l'*apoplexie cutanée* et sur la *névralgie de la vessie* (cah. d'avril et d'octobre), méritaient, sans contredit, de fixer l'attention des médecins observateurs. Le docteur Réveillé-Parise, a publié dans le bulletin de thérapeutique une curieuse observation de *névralgie spermatique,* qui, combattue pendant fort long-temps par les agents thérapeutiques les plus variés, finit par disparaître lors de la sortie, par l'urètre, d'un petit calcul urinaire, dont on n'avait pas soupçonné l'existence. On trouvera l'analyse de cette observation dans le numéro de juin 1836 de la *Revue.*

M. le professeur Golfin, de Montpellier, nous a communiqué des remarques fort judicieuses sur la *paralysie*

liée à un état saburral des premières voies (cahier de février). Appuyé sur un fait bien observé, il a cherché à rappeler l'attention des praticiens sur les bons résultats qu'on obtient, en pareil cas, des évacuants employés de préférence aux émissions sanguines.

Nous devons à M. le docteur Tanquerel des Planches n° d'avril), une belle observation de *paralysie de la face*, dont les résultats sont propres à confirmer l'opinion des physiologistes modernes sur les attributs divers du nerf de la 5e paire, regardé comme nerf du sentiment, et du nerf de la 7e paire qui préside à la motilité de la face.

Nous avons publié, dans notre revue des journaux allemands (n° de septembre, p. 400), un exemple bien remarquable de *névralgie faciale*, terminée d'une manière critique par l'apparition subite d'une névralgie abdominale. Le malade était en proie depuis 26 ans aux plus atroces douleurs, et cependant la névralgie se dissipa brusquement et sans laisser de traces; nouvelle preuve de l'immense différence qui existe entre les névralgies et les inflammations!

Quelques médecins anglais ont voulu, dans ces derniers temps, rapporter à une lésion locale de la moelle épinière un grand nombre de névroses et de névralgies; aujourd'hui même, on a cherché à étendre encore cette supposition en l'appliquant aux *fièvres intermittentes*. Nous avons rapporté (d'après le Bulletin médical belge) quelques faits publiés par M. le docteur Van Mons, qui préconise, dans le traitement de ces maladies, l'application des ventouses scarifiées au haut de la région dorsale de l'épine: suivant lui, il existe ordinairement dans ce lieu une douleur assez forte à la pression (voir le cahier de novem-

bre de la *Revue*, à la page 248). Quoi qu'il en soit, un médecin français qui a eu l'occasion, sur une femme atteinte de *gastralgie* et de douleur dorsale très-prononcée, de mettre en pratique les idées du docteur Griffith, n'a pas eu à s'applaudir de cette innovation. Il lui a fallu revenir au sentier battu de la vieille expérience et recourir aux toniques et aux autres moyens de restauration générale pour combattre l'état d'affaiblissement et d'anémie qui se lie si souvent aux affections nerveuses. Il a eu la satisfaction de voir qu'en négligeant l'état local pour s'occuper de remplir les indications générales, les accidents locaux s'amélioraient rapidement à mesure que la constitution tout entière reprenait de la vigueur et que l'éréthisme général du système nerveux se dissipait. (Voyez le numéro d'avril.)

Nous trouvons dans le cahier de juillet l'analyse d'un autre mémoire emprunté, comme le précédent, à la Gazette médicale, et qui a pour titre : *De la débilité considérée dans les maladies nerveuses* en général, et de l'emploi des toniques dans l'aliénation mentale en particulier. L'auteur, le docteur Guislain, médecin en chef de la maison d'aliénés à Gand, établit avec raison que des phénomènes analogues peuvent être produits par des états morbides différents, et que, parmi ces états morbides, un des plus importants à signaler à l'attention des médecins est la débilité qui co-existe si souvent avec l'exaltation nerveuse, débilité que les théories modernes ont trop fait méconnaître. Frappé notamment de l'insuccès des saignées dans les névroses cérébrales, et ayant observé que le type intermittent était fréquemment celui que revêtaient ces affections, l'auteur tenta l'usage du quinquina

long-temps continué et à fort dose, et n'eut qu'à se louer des résultats obtenus.

Nous devons à MM. Prus et Chassinat des recherches propres à établir sur des bases solides l'histoire de l'*anévrysme partiel du cœur*, lésion qui était à peine soupçonnée du temps de Corvisart. (Voir les cahiers de septembre et d'octobre.)

M. Blaud nous a adressé une excellente description du *choléra* de Beaucaire : ce savant praticien adopte l'opinion la plus générale, qui établit que le choléra est une maladie épidémique et *non contagieuse*...... si ce n'est, peut-être, *par infection* dans quelques circonstances particulières. Le traitement signalé par l'auteur comme ayant paru le plus avantageux dans l'épidémie de Beaucaire, consiste dans l'administration d'une potion gazeuze analogue à celle dite *anti-émétique* de Rivière. D'ailleurs, les remèdes employés devaient, comme on le sent bien, varier suivant les degrés de la maladie, la période à laquelle elle était arrivée, et les circonstances individuelles. (Voir les numéros de mars et d'août.)

Dans notre revue des journaux anglais du mois de janvier nous avons fait mention de la fréquence de l'*hépatite* et des abcès du foie, surtout chez les Européens dans les Indes. M. Segond, médecin de l'hôpital de Cayenne, dans un mémoire lu à la Société du département et publié dans la *Revue* (cahier de novembre), a signalé aux praticiens les avantages de la méthode anglaise dans le traitement de ces hépatites si meurtrières des pays chauds, savoir : l'emploi du calomel à haute dose et les frictions mercurielles, que l'auteur est porté à regarder avec quelques

médecins de notre époque, comme directement antiphlogistiques et résolutives.

Dans notre revue des journaux français du mois de février nous avons analysé un travail de M. Bouchardat, pharmacien de l'Hôtel-Dieu, sur les recherches de *chimie pathologique*. L'analyse du liquide épanché dans le ventre, à la suite de la *péritonite puerpérale*, a porté ce chimiste à penser que ce liquide contenait réellement les éléments du lait; en sorte que les progrès de la chimie moderne tendraient à nous ramener aux opinions de nos prédécesseurs sur les *maladies laiteuses* des femmes en couches. Du moins doit-on conclure de ces recherches comparatives faites sur le liquide épanché dans le ventre à la suite de la péritonite observée chez l'homme et sur celui de la péritonite *puerpérale*, qu'il existe réellement dans celle-ci une altération humorale qui ne se rencontre pas dans la précédente.

Dans le numéro de septembre se trouve l'analyse d'un travail de M. Donné relatif aussi à l'altération des humeurs. Le but principal de ce travail est d'arriver à constater d'une manière positive, à l'aide de l'analyse chimique et du microscope, la présence du pus dans le sang. Le même auteur a présenté à l'institut (voir le n° d'octobre de la *Revue*), le résultat de ses recherches microscopiques, sur la matière des écoulements génitaux dans l'un et l'autre sexe. Le pus des chancres, celui de la balanite, de certains écoulements vaginaux, a offert à cet expérimentateur des animalcules vivants, qui ne se retrouvent point dans le pus fourni par d'autres parties. A l'aide des papiers d'essai usités en chimie, M. Donné a constaté aussi que le pus était généralement alcalin, que, chez la

femme, le mucus utérin, qui constitue la *leucorrhée* proprement dite, était alcalin, ainsi que le pus de l'urètre, tandis que le produit de la sécrétion du vagin et de la muqueuse des parties génitales externes était acide. Bien des fois, nous-même, en répétant cette expérience, nous avons été surpris de voir un papier de tournesol, rougi par les acides, bleuir quand il était mis en contact avec l'orifice de l'utérus, tandis que, tout à côté, le mucus vaginal rougissait énergiquement le papier bleu.

N'est-il pas curieux de voir deux produits de sécrétion qui se touchent et se confondent, conserver, chacun, en des points si rapprochés, des caractères chimiques entièrement opposés? Tant est grande l'influence que les lois de la vie exercent sur les affinités chimiques et sur la constitution physique des humeurs animales!

A l'occasion de ces recherches sur les liquides fournis par les organes génitaux, nous devons faire une mention toute particulière du travail entrepris par M. Marc-d'Espine, sur la *leucorrhée*, travail dont nous avons donné l'analyse dans le n° d'avril de la *Revue*. L'auteur est arrivé à ce résultat qui est en harmonie, et avec la théorie, et avec nos propres observations; savoir : que l'écoulement clair et visqueux, qui provient de l'orifice même de l'utérus, appartient en propre à la leucorrhée, aux simples fleurs blanches, et que les sécrétions purulentes ou laiteuses, qui, d'ailleurs, se rencontrent quelquefois jointes à diverses lésions du col (notamment, les granulations, l'érosion, l'ulcération), appartiennent plutôt à une inflammation, soit simple, soit syphilitique. Ce dernier travail nous amène naturellement à parler des maladies de l'utérus, et des procédés opératoires qu'a tenté d'y opposer la

chirurgie moderne : c'est par là que nous allons commencer notre revue chirurgicale.

III. — Chirurgie. — Déjà, dans notre *coup-d'œil* général de l'année dernière, nous avions signalé à nos lecteurs le mémoire d'un chirurgien allemand (analysé dans le cahier d'août 1835 de la *Revue Médicale*), sur les récidives des *cancers utérins opérés*. Nous n'avions pas craint de dire à cette occasion (car jamais aucune voix ne saurait parler plus haut en nous que celle des intérêts de la science et de l'humanité), nous n'avions pas craint, dis-je, d'avancer que certains chirurgiens français pouvaient être accusés, non-seulement d'avoir *dissimulé leurs revers*, mais, ce qui est bien plus grave, de s'être plus d'une fois décidés un peu trop légèrement à des opérations que ne motivait pas suffisamment l'état des parties. — Et, n'avons-nous pas eu sous les yeux, en effet, des femmes dont la santé avait été gravement altérée par des traitements rigoureux dirigés contre une maladie de l'utérus *qui n'existait pas*, non moins que par la préoccupation morale fâcheuse, qu'une pareille supposition, partie d'une bouche que l'on pouvait regarder comme un oracle en pareille matière, ne pouvait manquer de produire? N'avons-nous pas la certitude que *Dupuytren*, lui-même (que d'autres ont dépassé dans ses fautes sans l'égaler dans ses talents et dans son génie....), avait prescrit, comme une condition indispensable et urgente de salut, l'amputation du col de l'utérus chez des femmes qui n'avaient d'autre mal que des alarmes *imaginaires?...* Mais nous ne nous attendions pas à voir l'autorité d'un témoin irré-

cusable venir sitôt donner à nos paroles la sanction d'une authentique publicité.

Comment! un auteur placé comme l'a été M. Pauly, élève, ami, aide, secrétaire et prosecteur de M. Lisfranc, a pu mettre en regard d'une liste d'opérations présentées à la première compagnie savante du royaume des annotations telles que celles-ci : cette malade n'a jamais été opérée, ou cette autre, signalée comme guérie, a succombé plus ou moins rapidement après l'opération, ou bien a offert une récidive immédiate! Et le chirurgien de la Pitié n'a point répondu !

Un médecin de Paris, M. le docteur Caron du Villards, a pu adresser à l'auteur du livre dont nous parlons une lettre où les opérations pratiquées par M. Lisfranc sont ainsi qualifiées :

« ..... L'expérience et des investigations attentives, m'ayant donné la certitude que *les faits n'étaient point réels.*»

Et M. Lisfranc n'a pas répondu!!!

Oh! en vérité, quel que soit le sentiment pénible que nous éprouvions, nous ne pouvons nous empêcher de répéter avec notre collaborateur (voir *l'analyse* insérée dans le n° de juillet) : M. Pauly a rendu un véritable service en déchirant le voile qui nous couvrait la vérité! A qui persuadera-t-on, d'ailleurs, que si M. Lisfranc a, lui-même, renoncé à peu près complètement aujourd'hui aux amputations du col de l'utérus qu'il pratiquait naguères *avec tant de succès*, c'est qu'il sait maintenant *arrêter dans leur marche* et guérir avec *la plus grande facilité* tous les engorgements du corps et du col de la matrice, qui ne sont, suivant lui, que le prélude et le premier degré

des dégénérations les plus graves? N'hésitons pas à le proclamer hautement : il y a aujourd'hui plus d'un chirurgien qui, grâces aux mystères du *speculum*, traite *avec succès* bon nombre d'engorgements du col et du corps de l'utérus, qui n'ont jamais dû être regardés comme morbides ou même qui *n'existent pas*! Est-ce à dire que nous accusions nos confrères d'être mûs par des motifs coupables? Non, en vérité! Seulement, nous croyons que quelques-uns se laissent entraîner à des illusions qui tiennent à une préoccupation particulière de leur esprit.

Nous signalerons à l'occasion des maladies utérines le mémoire intéressant de M. Mondière, sur la *rupture du vagin et de la matrice* pendant la grossesse et l'accouchement (voir les cahiers d'octobre et de novembre). Fondé sur quelques observations, interprêtées peut-être, il faut le dire, avec un peu de complaisance, l'auteur pense que, dans quelques cas, l'homme de l'art, appelé à temps, peut encore sauver la mère, voire même l'enfant, en se hâtant de délivrer la femme par l'extraction de l'enfant par les pieds. Nous avons assisté nous-même à l'Hôtel-Dieu à une opération de ce genre, pratiquée par Dupuytren (en 1821 ou 22), mais le résultat n'en fut pas heureux : ce fait est rapporté d'ailleurs dans le mémoire de M. Mondière.

Un praticien de Paris, M. le docteur Duparcque, a publié aussi un fort bon livre sur le même sujet; on en trouvera l'analyse dans notre n° de février. Nous recommandons à nos lecteurs le mémoire posthume d'Hévin, sur *l'extirpation des ovaires* (cah. de mai 1836), opération contre laquelle l'auteur se prononce, après avoir refuté successivement tous les arguments qui auraient pu être présentés comme favorables à l'enlèvement de ces or-

ganes...; le mémoire de notre collaborateur, M. Godelle, sur le traitement du *cancer* (1); le procédé nouveau, proposé par un chirurgien étranger pour traiter *l'orchite* (la compression au moyen de l'application méthodique de *bandelettes de diachylum*) (2); les nouveaux exemples de *hernies* étranglées dont la réduction a été opérée au moyen de la ventouse (3); les observations de notre collaborateur, M. Legroux, relatives à *l'opération césarienne* (4); la discussion académique relative à l'opération de *l'empyème*, insérée dans les nos de novembre et de décembre; et, pressé par le défaut d'espace, nous nous hâtons d'arriver à ce qui concerne la thérapeutique proprement dite.

IV. — Thérapeutique. — Le traitement des maladies fébriles par les *saignées coup sur coup*, dont nous faisions mention au début de notre introduction de l'année dernière, a été l'occasion d'un article historique de M. Fuster, que nous avons reproduit dans notre n° de mars, p. 430. Les recherches de l'auteur ont très-bien établi que cette méthode n'était pas nouvelle, et que, si déjà, après l'épreuve qui en avait été faite, elle avait été abandonnée par la plupart des praticiens, il y avait peu de chances pour la voir refleurir aujourd'hui, en dépit des nombreuses objections théoriques et pratiques qu'elle a suscitées, tant au sein de l'académie que dans les journaux et autres écrits scientifiques.

---

(1) et (2) Cahier de mai 1836 de la *Revue*, p. 180 et 257.
(3) Cahier de septembre, p. 393.
(4) Idem, p. 353.

Un médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou s'est servi avec succès de *l'alun*, dans le traitement des fièvres typhoïdes (voir le n° d'avril, p. 98).

M. Gouzée, d'Anvers, s'est attaché à prouver, dans un mémoire que nous avons inséré dans le n° de février, que le *chlorure de sodium*, dont M. Lalesque avait, l'année dernière, publié les avantages dans la *Revue*, était un médicament infidèle, et sur lequel il fallait peu compter.

Le médecin dont nous venons de parler, M. Lalesque, a inséré dans le bulletin médical de Bordeaux une note sur les usages du *sureau*, que nous avons reproduite dans notre n° de mars, p. 598. Il propose le suc de racine de sureau, réduit à la consistance d'extrait et mis en pilules (pour éviter l'odeur et le goût désagréable de ce végétal), comme un excellent éméto-cathartique qui se montre surtout fort utile dans le traitement de l'hydropisie.

Dans le même n° de la *Revue*, on lit le procédé ingénieux mis en usage par un autre médecin de la Gironde, M. le docteur Vénot, pour administrer le *cinabre* en fumigations dans les ulcères syphilitiques de la bouche et du nez. Ce procédé consiste à composer une sorte de tabac mercuriel à l'aide des feuilles de sauge, imprégnées d'eau gommée, et roulées dans du cinabre porphyrisé, puis séchées à l'air libre. Le malade fume cette espèce de tabac.

Nous avons, dans notre n° de juillet, p. 115, donné l'extrait d'un mémoire académique de M. Lassaigne, sur la combinaison de l'albumine avec le *sublimé*. Ce chimiste croit pouvoir établir, ainsi que l'avait déjà fait M Soubeiran, que dans cette combinaison le deuto-chlorure n'est pas, comme on le croyait jadis, réduit à l'état

de proto-chlorure ou de calomel. Nous nous défions beaucoup, pour notre part, des inductions thérapeutiques (déjà exploitées en grand par le charlatanisme), que l'on a cru pouvoir tirer de ce fait, qui, jusqu'ici, ne prouve qu'une chose, c'est la facilité avec laquelle, même dans les sciences dites *exactes*, les faits se plient, au gré des savants, à toutes les variations des théories !

M. le docteur Delens (voir les séances de la *Société de médecine*, n° d'août de la Revue, p. 281), a proposé récemment la décoction de racine d'*aunée*, comme un excellent remède contre les fleurs blanches. Il serait bien à désirer que l'efficacité de cette plante, en pareil cas, se confirmât...; mais nous devons avouer, pour notre part, que les nombreux essais que nous avons été à même de faire sur ce médicament, depuis deux mois environ, sont demeurés complètement stériles. Soit que nos malades nous aient trompé, soit que la tisane ait été mal préparée, *l'aunée* nous a paru tout-à-fait inerte.

M. Pétrequin a réduit à leur juste valeur les éloges donnés au *goudron* et à la *créosote* dans le traitement de la phthisie. Les conclusions de son travail, que nous avons reproduites dans la *Revue* (numéro de novembre), montrent qu'en pareil cas, ces substances sont purement palliatives, et que, chez certains sujets même, elles se montrent plus nuisibles qu'utiles. En sera-t-il de même des onctions de *lard* faites sur la poitrine, que recommande chaudement un médecin étranger? (Voir les Numéros de juin et d'août.) Du moins, ce remède est-il complètement inoffensif.

Un autre médecin, le docteur Schmalz, de Dresde, prétend avoir obtenu des succès de l'emploi d'un charbon

animal, préparé avec de la viande de veau hachée, et contenant un tiers d'os, que l'on brûle dans un tambour à café. S'il faut en croire l'auteur, le cancer de l'utérus a cédé à l'administration de ce remède. Hélas! nous avons déjà eu occasion tant de fois de constater l'impuissance du charbon animal, recommandé contre plusieurs maladies graves, et notamment vanté outre-mesure contre le *choléra*, que nous avons peine à croire à son efficacité dans une maladie aussi décidément incurable que le *cancer* !

Quoi qu'il en soit, nous ne pouvons nous empêcher de rappeler à nos lecteurs les curieuses observations que M. Fuzet-Dupouget a publiées dans le numéro de novembre de la *Revue* : il serait bien à désirer, en effet, que l'*oxi-phosphate de fer* réussît, chez tous les malades atteints de *cancer*, à faire cesser les douleurs qui accompagnent cette cruelle affection.

M. le docteur J. Guérin, directeur de l'institut orthopédique de Paris, a récemment proposé, pour les jeunes enfants atteints de la difformité connue sous le nom de *pied-bot*, un nouveau mode de traitement, qui consiste dans l'opération du moulage appliqué au pied difforme, après qu'on a réussi, à l'aide de quelques tractions et d'un simple bandage, à le ramener à sa rectitude naturelle.

M. Bouvier a opposé avec succès à la même difformité la section du tendon d'Achille, pratiquée à l'aide d'une sorte d'aiguille tranchante, qui ne fait à l'extérieur qu'une plaie fort petite. (Voir les Numéros de mai, octobre et novembre de la *Revue.*)

V. — Bibliographie et Variétés. — Parmi les ouvra-

ges importants publiés cette année, nous signalerons le dernier volume du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, analysé par M. Martinet dans notre cahier de juin; le traité de *Médecine légale* de M. Devergie, analysé dans notre numéro de mai; le *Manuel d'orthopédie* de M. Mellet, analysé dans notre cahier de janvier; les leçons *sur le rhumatisme*, de MM. Chomel et Requin, analysées dans notre numéro de décembre; le curieux ouvrage de M. Parent-du-Châtelet sur la *prostitution*, analysé dans le numéro de septembre; enfin, le *Manuel des maladies vénériennes* de M. Gibert.

Le *cowpox*, ou virus vaccinal primitif, a été retrouvé à Chaillot cette année par M. le docteur Perdreau. (Voir le rapport de M. Bousquet, inséré dans notre numéro d'avril, à la page 146.) Des expériences authentiques ont démontré que ce virus était plus énergique que le fluide vaccin dont on se sert habituellement, ce qui ne prouve point du tout qu'il soit plus sûrement préservatif. — Parlerons-nous ici des nombreux échecs qu'a éprouvés la *phrénologie*, et de la rude guerre que lui ont faite les rédacteurs de la *Gazette médicale*? On pourra en prendre une idée en consultant les numéros de janvier et de février de la *Revue*. Le crâne des grands criminels, qui, dans ces derniers temps, ont subi la peine de leurs crimes (Fieschi, Lacenaire, Avril), est venu donner un solennel démenti aux assertions hasardeuses des sectateurs de Gall.

Comme le dit avec raison le spirituel auteur de l'article que nous avons reproduit dans notre numéro de février, p. 292 :

« ..... Les uns et les autres (les *phrénologues* et les ho-

mœopathes) vivent isolés au milieu de la république savante, comme les francs-maçons au sein de la société générale. Personne ne sait au juste ce que ces gens font, ni ce qu'ils savent, ni ce qu'ils veulent, ni ce qu'ils peuvent. La foule les admire d'autant plus qu'elle les comprend moins; les vrais savants les dédaignent, les habiles s'en moquent; ils ont d'ordinaire la vogue d'une mode nouvelle, et durent à peu près autant. Les analogies déduites de l'histoire générale de l'esprit humain nous autorisent donc de reste à considérer la phrénologie comme une de ces sciences dites occultes, qui, il y a quelques siècles, occupaient les meilleurs esprits. Les formes et le langage seuls ont changé; le fond est resté le même. »

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

De la volonté considérée comme puissance morale et comme moyen thérapeutique;

Mémoire lu à l'Académie royale de Médecine,

Par M. le docteur P. Jolly.

Il est une puissance d'action qui règle et domine l'homme moral, préside à ses déterminations et à ses mouvements, à laquelle il doit ses plus nobles résolutions, comme ses plus généreux sacrifices, son triomphe sur lui-même, sa suprématie sur le reste de la création. Cette

puissance, c'est la volonté, puissance aussi incompréhensible dans sa nature que dans ses effets, aussi insaisissable à tous nos sens qu'à tous nos instruments d'investigation, et toutefois, non moins digne d'exciter l'intérêt et la sollicitude du médecin, que les méditations du moraliste et du philosophe.

Je veux essayer de prouver, par un court exposé de faits, que la volonté n'a pas seulement le pouvoir de maîtriser les actes musculaires qui ont lieu dans le cours habituel de la vie; mais que, par son intervention sagement dirigée, son application diversement combinée, elle peut aussi, dans beaucoup de cas, devenir l'une des plus précieuses ressources de la thérapeutique.

Pour procéder avec ordre dans l'examen de cette proposition, j'étudierai successivement le pouvoir de la volonté sur les divers actes qui dérivent du sentiment de l'entendement et du mouvement : car c'est à cette triple faculté que se rapporte l'exercice tout entier de la vie physique, morale et intellectuelle.

Et d'abord l'homme n'a aucun pouvoir de maîtriser *d'une manière directe* ses sensations et ses perceptions. Sa volonté reste impuissante devant la sensation des odeurs, des sons, de la lumière, des saveurs; devant le sentiment de la faim, de la soif, du besoin de respirer, de se reproduire. Bien plus : tous les efforts qu'il tente pour éteindre directement le sentiment du plaisir ou de la douleur, pour arrêter le cours des perceptions visuelles, auditives, olfactives, ne font que les accroître. Ainsi, vouloir imposer silence à la douleur, soit physique, soit morale, c'est en augmenter la violence. Le stoïcien a beau dire : *la douleur n'est point un mal*, la nature lui

répond par des actes de contraction musculaire qui décèlent assez toute sa force. Loin d'étouffer la tristesse, la volonté, qui s'attaque directement à elle, semble plutôt en entretenir la cause et l'effet. De même, chercher à modérer sa joie, c'est encore, le plus souvent, en augmenter la vivacité. Telle est surtout celle de toute une classe d'écoliers qui éclate en transports plus ou moins vifs, sous la contrainte et les menaces d'un maître. Qui ne sait que vouloir fermer son cœur au sentiment de l'amour, c'est l'aiguillonner? que vouloir le faire naître, c'est au contraire l'anéantir. Et ne comptez pas plus sur le pouvoir direct de la volonté pour combattre la haine ou l'aversion que vous inspire telle personne ou tel objet, ni pour surmonter le sentiment de crainte ou de terreur qui vous domine, tous vos efforts seraient encore inutiles, si vous ne parveniez à substituer un mouvement, ou une tout autre passion, à celle qui vous obsède. Et, chose bien remarquable, c'est en cherchant à maîtriser le sentiment qui porte au suicide, qu'il acquiert plus de violence, qu'il devient irrésistible. Il faut avoir reçu les confidences des malheureux que le désespoir poursuit, pour se faire une idée de la lutte affreuse qu'ils ont à soutenir pour surmonter ce dégoût de la vie, et le besoin d'y mettre un terme; comme si, dans cette lutte où la raison et la passion sont aux prises, et s'exaspèrent l'une l'autre par l'opiniâtreté même du combat; où, comme le disait si énergiquement saint Paul, la volonté des membres dispute à la volonté de l'âme l'honneur de la victoire, tout était prévu pour le triomphe de la vertu, aussi bien que pour la gloire de l'humanité.

Il est également vrai que l'exercice de la pensée est

entièrement soustrait à l'empire de la volonté. Il ne dépend pas plus de nous d'avoir des idées et des souvenirs que de nous en affranchir ; et l'on sait combien sont infructueux tous les efforts que l'on fait pour se rappeler un nom, un mot quelconque, tandis qu'il suffit de cesser tout effort de volonté pour que ce nom ou ce mot apparaisse spontanément à l'esprit. Non-seulement on ne se fait pas à volonté orateur, poète ou musicien, mais rien n'est plus contraire aux inspirations de l'éloquence ou du génie que l'exercice de la volonté.

Ainsi donc, la volonté ne jouit d'aucune puissance directe ni sur les sensations, ni sur les perceptions, soit affectives, soit morales, soit intellectuelles.

Il n'en est pas de même des actes extérieurs ou physiques qui s'accomplissent sous l'influence immédiate de ces sensations et de ces perceptions. Ici, en effet, la puissance de la volonté est pour ainsi dire sans limite. Aussi active que la pensée dont elle est inséparable, elle veille comme elle, à tous les instants de la vie, et sur les sensations et sur les mouvements. Elle veille dans le sommeil même, car c'est elle qui préside aux actes qui s'opèrent dans les rêves et le somnambulisme ; elle veille dans l'état de maladie comme dans l'état de santé, car, alors même que tous les sens sont altérés, elle reste inaltérable avec tous ses calculs et toutes ses combinaisons, même chez l'aliéné. En un mot, elle établit sans cesse, entre l'homme physique et l'homme moral, une lutte d'où dépend le triomphe de l'un sur l'autre, et rend, par cela même, l'humanité justiciable de tous les actes que condamne la morale ou la société. Et ce n'est pas seulement dans l'ordre moral ou social que la volonté peut tout, mais dans

les sciences, lorsqu'elle poursuit sans relâche la solution des problèmes, ou la découverte des mondes; mais dans les arts, lorsqu'elle préside à l'accomplissement des plus grands chefs-d'œuvre de l'esprit humain. Et je ne parle pas de cette volonté qui arme les nations, décide du sort des peuples et des empires, de cette volonté que nous avons vue naguères courant de triomphe en triomphe à la conquête de la terre, ne s'arrêtant que quand une puissance surhumaine vient lui dire aussi: *tu n'iras pas plus loin!*

Envisagée spécialement dans l'homme physiologique et pathologique, la volonté est d'autant plus puissante sur la détermination des mouvements, qu'ils résultent naturellement du fait même de la volonté; et cette loi demeure également applicable aux actes instinctifs et réfléchis, aux actes physiologiques et pathologiques. On sait que par le seul fait de l'habitude, tel individu affecte des positions, des gestes, des mouvements qui acquièrent, avec le temps, toute la force d'une seconde nature, et qui ne peuvent être rompus que par une volonté spontanée ou imprimée, mais nécessairement plus forte que celle qui les entretient. C'est même sur ce principe général d'*orthonomie* des organes qu'est fondé en partie le système d'éducation primitive, ainsi que la loi de perfectibilité humaine; de même que c'est en vertu de son pouvoir que l'homme s'élève aux plus hautes destinées physiques et morales qu'il puisse atteindre.

La volonté maîtrise d'autant plus facilement les déviations de l'action musculaire, qu'elles sont plus récentes, et que les sujets qu'elles affectent sont plus jeunes. Mais on peut établir en principe général qu'*il suffit de vouloir*

pour pouvoir rompre une habitude musculaire vicieuse, ou tout acte suscité par une passion desordonnée. Disons toutefois qu'il n'est pas aussi facile qu'on le croit de vouloir. Peu d'hommes savent imprimer à leurs déterminations musculaires une volonté ferme et soutenue. S'observer assez sévèrement, assez constamment et assez long-temps pour vaincre sans retour cette tendance à la répétition des actes qui constituent les tics, les gestes et toutes les habitudes qui blessent nos usages ou nos mœurs; tel est le seul moyen d'y mettre un terme. Des préoccupations diversives, capables de remplacer un mouvement actuel par une sensation quelconque, ou de substituer un mouvement régulier à celui que l'on veut redresser, tel est le moyen d'en assurer l'effet. On conçoit que chez l'enfant, qui est incapable de discernement et de spontanéité, il faille diriger la volonté, ou même la contraindre; on peut de cette manière rompre les habitudes les plus anciennes, les plus opiniâtres; et plus tard, lorsque la raison a acquis toute sa maturité, et la volonté toute sa puissance, l'homme devient, pour ainsi dire, justiciable des actes dont il s'agit, parce qu'il peut tout aussi bien, par la seule force de sa volonté, réprimer la perversion de ses mouvements, qu'il peut dompter les effets d'une passion criminelle.

Dans l'état pathologique, la volonté est également douée d'une puissance d'action remarquable sur la faculté motrice. L'orthopédie n'a certainement pas de moyens plus efficaces à opposer à ces *déviations de la taille* qui ont pour cause l'inégalité ou le défaut d'antagonisme des forces musculaires, par suite d'attitudes qu'affectent les sujets qui en sont atteints. Dans ce cas, en effet, des exer-

cices sagement combinés, et soutenus par une grande force de volonté, font souvent tous les frais de la guérison. Je ne citerai que le fait suivant pour justifier cette vérité :

Mlle Edmée V...., de Sézanne, âgée de 17 ans, portait depuis son enfance une déviation du rachis, qui était parvenue en peu d'années à un degré considérable. Toutes les fonctions étaient en quelque sorte enrayées par la gêne des principaux viscères. La déformation du thorax rendait la respiration haletante et causait une toux habituelle; la nutrition se faisait mal; le développement général s'était arrêté dès l'âge de 10 ans, et la stature du corps était celle d'un enfant de cet âge. Mlle V. avait 3 pieds 9 pouces à l'époque où l'on commença le traitement. Les menstrues n'avaient pas paru.

Mais dans cette organisation chétive résidait une volonté forte, qu'excitait encore un ardent désir de tout faire pour changer une position aussi fâcheuse. Une fois instruite de ce qui devait améliorer cette position, Mlle V. n'eut plus qu'une seule idée, qu'une pensée fixe, celle de diriger ses moindres actions vers un but unique, la guérison de son infirmité. Entrée le 8 octobre 1832 dans l'établissement orthopédique du docteur Bouvier, elle devint bientôt un modèle pour ses compagnes, dont elle stimulait le zèle par son exemple et ses discours. Les exercices gymnastiques lui offrirent d'abord des difficultés que toute autre aurait pu trouver insurmontables. Son système musculaire était tellement affaibli, qu'elle éprouvait la plus grande peine à rester suspendue par les bras quelques minutes ; hors d'haleine au moindre effort, elle fut plus d'un mois à pouvoir pratiquer une ascension par les mains le long d'une échelle peu élevée. Mais, à force de persévé-

rance, elle finit bientôt par surpasser les plus agiles. De ce moment elle devint pour ainsi dire infatigable. Non contente de remplir sa tâche aux heures de gymnastique avec une scrupuleuse exactitude, elle consacrait encore aux exercices le temps que les autres donnaient à la promenade. On la voyait, dans le cœur de l'été, le visage couvert de sueur, redoublant d'efforts pour ne rien diminuer de leur durée. Elle ne montrait pas moins de zèle dans l'application des appareils mécaniques qui concouraient au traitement avec les exercices gymnastiques.

Cette résolution soutenue porta ses fruits. Il se fit en peu de mois une métamorphose complète dans toute la personne de Mlle V. La toux cessa; la poitrine s'élargit, la respiration devint libre et facile; la nutrition se fit mieux, et le système musculaire en particulier prit un accroissement prodigieux. La face, autrefois pâle et étiolée, acquit la coloration et l'embonpoint de la plus brillante santé. L'appétit, presque nul et irrégulier avant le traitement, devint considérable. Le redressement de l'épine fit de rapides progrès, et l'aspect du tronc était totalement changé au bout de deux ans et demi que dura le traitement. Mlle V. avait alors grandi de sept pouces. Le poids du corps avait augmenté de 22 livres. La force des mains, qui, quelques mois après son entrée dans l'établissement, ne marquait encore que 40 f. au dynanomètre, avait atteint 52 f.; celle des reins avait été portée de 80 f. à 180. Le diamètre transversal de la poitrine avait augmenté de deux pouces, et l'on ne remarquait plus qu'une légère différence dans la conformation des côtes à droite et à gauche. Les règles parurent à la fin de la seconde année, et continuèrent depuis régulièrement. Sortie en 1835 de

l'établissement de M. Bouvier, Mlle V. n'a rien perdu de sa vigueur, et jouit encore aujourd'hui de tous les avantages que lui a procurés sa volonté inébranlable.

On connaît les heureux effets d'une volonté forte et persévérante pour vaincre les secousses convulsives qui accompagnent, chez certains individus, la prononciation, et qui constituent le *bégaiement*. Assujettir la voix et la parole à une sorte de rhythme ou de mesure, c'est-à-dire parler à haute voix, prononcer syllabe à syllabe, déclamer, chanter, tel est le seul moyen d'y remédier, et l'art le plus perfectionné, le plus efficace, sera toujours la volonté la plus forte et la plus soutenue, celle dont les efforts et les combinaisons tendront le plus à fixer les mouvements de la langue, pendant qu'elle articule des mots. Tous les traitements dont l'expérience a le mieux justifié l'efficacité jusqu'à ce jour, se fondent essentiellement sur ce principe; tels sont surtout ceux qui ont été préconisés dans les derniers temps par Mme Leigh, par MM. Itard, Malbouche et autres auteurs.

Le *strabisme* ou déviation de l'axe visuel, le *nystagmus oculi*, ou mouvement latéral convulsif des yeux, par suite du défaut d'antagonisme des puissances musculaires qui fixent ou meuvent ces organes, sont encore des états morbides auquels la volonté seule peut remédier. La science possède sur chacun d'eux des exemples de guérison obtenus même chez des sujets adultes, tantôt par la seule force de la volonté, tantôt à l'aide d'instruments ou appareils capables d'en assurer l'effet.

Mais c'est principalement dans la chorée ou danse de S. Guy que la volonté montre une puissance thérapeutique des plus remarquables. On sait que le nom de cette

maladie, qui consiste dans une perversion de l'action musculaire, lui vient de ce qu'autrefois un grand nombre de personnes qui en étaient affectées se rendaient en pélerinage à la chapelle de Saint-Guy, en Allemagne, pour y danser jour et nuit jusqu'à leur parfaite guérison. Ce fait, assez généralement oublié ou relégué dans l'histoire des superstitions du moyen âge, méritait du moins quelque attention de la part des praticiens, en ce qu'il signale l'heureux effet d'un mouvement régulier substitué à un mouvement morbide ou perverti. M. Louvet-Lamarre, médecin à Saint-Gérmain-en-Laye, a su le mettre à profit avec un rare bonheur chez une demoiselle de 11 ans, atteinte de cette maladie, contre laquelle tous les moyens de l'art avaient été presque inutilement employés. Ce médecin, bien persuadé aussi que, dans beaucoup de cas, et après un certain temps, l'habitude seule continue indéfiniment la durée de la maladie, comme celle de beaucoup d'autres affections nerveuses, conçut l'idée de recourir à un traitement gymnastique. Il prescrivit surtout la danse à la corde comme l'exercice le plus propre à soutenir l'attention de la malade et la régularité des mouvements. La jeune personne l'accueillit avec empressement. Elle s'y livrait une grande partie du temps, et en moins de quinze jours le remède avait triomphé de la persistance de la maladie.

J'ai eu occasion moi-même, il y a plusieurs années, de faire la plus heureuse application de ce moyen chez une jeune personne de 12 ans, également atteinte de chorée, qui avait résisté à beaucoup de remèdes ; et tout récemment j'ai pu constater l'effet presque miraculeux de l'exercice alternatif de la danse et du piano chez deux de-

moiselles de la même famille, atteintes successivement de la même affection.

On concevra plus difficilement que la volonté puisse maîtriser les accès d'épilepsie, et pourtant le fait n'est pas non plus sans exemple. Nous avons vu à l'hôpital Saint-Louis, en 1827, un homme, atteint depuis longues années de cette affreuse maladie, se soustraire pour ainsi dire à volonté à ses attaques. Il lui suffisait pour cela de soumettre à un exercice volontaire l'appareil musculaire de la mastication et de la déglutition, en introduisant dans sa bouche des aliments solides aussitôt qu'il était averti des premiers indices du retour des accès.

On connaît l'histoire de l'épidémie d'épilepsie survenue dans un couvent de Harlem, sous la seule influence de l'imitation, et que la contrainte et la menace, conseillées par le grand Boerhaave, guérirent comme par enchantement. De tels faits n'étonnent pas ceux qui ont étudié les lois de la vie dans l'observation intime de l'organisme, et qui ont appris, dans l'appréciation des phénomènes morbides, que les plus graves désordres des facultés sensitives et motrice peuvent être indépendants d'aucune lésion matérielle, et n'avoir souvent d'autre cause qu'une déviation de l'innervation. Sous ce rapport, le tétanos est encore une affection contre laquelle l'intervention de la volonté peut opérer des effets que l'on attendrait quelquefois en vain des médications les plus énergiques. Tel fut surtout le cas bien remarquable, publié par mon excellent ami le professeur Cruveilhier, d'un tétanos traumatique porté au plus haut degré d'intensité, où la volonté seule, après une foule de remèdes inutilement employés, vint, comme par miracle, arracher le malade à une mort

qui semblait inévitable. Témoin des secousses convulsives du diaphragme et de tous les muscles de la respiration, qui déjà donnent lieu à tous les symptômes d'une véritable asphyxie, M. Cruveilhier ne voit plus d'autre moyen de salut pour le malade que de soumettre l'appareil musculaire de la respiration à l'empire d'une volonté capable de maîtriser les mouvements involontaires ou convulsifs. Il se place de suite devant le malade, lui ordonne de faire des inspirations profondes, aussi rapprochées que possible, et mesurées en quelque sorte sur les mouvements alternatifs d'élévation et d'abaissement des bras, auxquels il se livre. Le malade s'y prête avec autant de confiance que de docilité. Les secousses convulsives, qui étaient d'abord presque continuelles, s'éloignèrent de plus en plus par cette respiration cadencée, et en peu de jours tous les accidents firent place à la santé.

Le tremblement sénile qui tend nécessairement à s'accroître par la nature même de sa cause, et qui devient quelquefois assez considérable pour rompre l'harmonie de tous les mouvements, n'est pas lui-même irrésistible à la puissance de la volonté. J'ai vu un vieillard de 84 ans, atteint au dernier point de cette sorte de trémulation qui l'empêchait d'écrire un seul mot, et qui, à force d'étude et de patience, était parvenu à imprimer aux mouvements convulsifs de ses doigts une direction qui lui permettait de tracer des mots et des lignes avec une merveilleuse régularité.

La loi d'équilibre ou de statique musculaire tient souvent à si peu de chose qu'un rien peut la détruire, comme un rien peut la rétablir : il suffit quelquefois, pour opérer ce dernier effet, que la volonté imprime au mouvement

actuel un surcroît d'impulsion. L'homme ivre, qui trébuche à chaque pas dans la marche ordinaire, et qui se soutient parfaitement dans la course ou la marche précipitée; l'homme en santé même, qui perd tout-à-coup l'équilibre dans la station ou la marche, et le recouvre en pressant le pas ou en courant, nous fournissent des preuves de cette vérité.

La volonté peut également surmonter l'action musculaire pervertie de l'appareil d'association des deux vies intérieure et extérieure. On peut à volonté maîtriser le bâillement et l'éternument, on peut même suspendre le hoquet en substituant une forte contraction des muscles de la déglutition à la contraction convulsive du diaphragme et des muscles intrinsèques et extrinsèques du larynx. On peut encore lutter avec plus ou moins de succès contre les efforts de la toux. Ce qui n'est pas seulement à noter comme résultat du pouvoir de la volonté, mais encore comme remède à utiliser dans beaucoup de cas. La toux, en effet, n'est quelquefois ni une maladie, ni une nécessité. Elle constitue souvent une habitude vicieuse, et dans tous les cas, elle devient elle-même une cause incessante de toux, que l'on ne saurait trop s'attacher à modérer ou à réprimer. Or, la volonté, aidée surtout de sensations capables de la détruire, ou d'actions musculaires capables de la divertir, est, sans contredit, le moyen le plus puissant que l'art puisse lui opposer. On voit des enfants atteints de coqueluche, qui, tout préoccupés de leurs jeux, restent des heures entières sans éprouver le besoin de la toux, tandis qu'ils sont à chaque instant soumis à de nouvelles quintes dans l'état de repos ou de sommeil, et je n'ai point été surpris en lisant quelque part que des

médecins anglais guérissent la coqueluche par la distraction, quelquefois en plaçant les malades sous l'influence du bruit des usines.

La même remarque peut également s'appliquer à la dysurie, à la dysenterie et à d'autres affections des sphyncters, où l'état spasmodique accompagne et domine souvent l'état inflammatoire, et qui sont de nature à s'aggraver, à se perpétuer par le fait même de la répétition des actes d'excrétion auxquels se prêtent les malades, et que la volonté pourrait encore maîtriser.

L'asthme vrai, purement nerveux ou spasmodique, peut aussi recevoir une heureuse influence de l'intervention sagement combinée de la volonté, soit en surmontant par une respiration artificielle le spasme des tuyaux et des vésicules bronchiques devenus inaccessibles à l'air, soit en modifiant par la préoccupation des sens l'exercice actuel de la sensibilité pulmonaire. C'est pour atteindre le premier but que Laennec recommandait à certains malades de lire à haute voix, afin de prolonger l'expiration et de rendre l'inspiration plus complète.

Je tiens d'un honorable membre de l'Académie, de M. le docteur De Lens, le fait remarquable d'un asthme très-intense qu'il parvint, sinon à guérir complètement, du moins à soulager d'une manière très-sensible par une combinaison d'efforts respiratoires ayant pour effet de régler, de coordonner les inspirations, de les rendre aussi profondes, aussi complètes que possible.

La volonté, appliquée à la distraction des sens, peut de même opérer d'heureux effets sur l'asthme, lorsque surtout les accès, qui, comme on le sait, ont lieu le plus communément la nuit, paraissent autant l'effet du repos

des sens externes que celui de la révolution nycthémérale. Laennec a raconté à ce sujet l'histoire fort curieuse d'un malade qui arrêtait à volonté ses accès, en allumant une lampe ou une bougie, et en divertissant ses sens sur tous les objets composant l'ameublement de sa chambre.

Qui ne sait que beaucoup de gastralgies, d'hystéries, d'hypochondries, de fièvres intermittentes même, et beaucoup d'autres affections nerveuses, si souvent réfractaires à toutes nos indications pharmaceutiques, n'ont cédé qu'à des exercices musculaires, à des voyages de long cours, à des promenades à cheval ou en voiture, à la fréquentation des établissements lointains d'eaux minérales; ce qui veut bien dire quelquefois aussi à la distraction des sens, au mouvement, en un mot, à la volonté.

Parlerai-je enfin de cette autre classe de maladies nerveuses, désignées sous le titre générique de maladies mentales, où tout atteste une aberration des sens et où rien ne décèle de lésion matérielle; où toutes les ressources de la thérapeutique sont dans la médecine morale, dans la puissance de la volonté; où le rôle du médecin est alors de convaincre, celui du malade de vouloir: rôle également difficile pour l'un et pour l'autre, quelquefois même impossible, et pourtant, il faut le dire, le seul que l'art puisse dans beaucoup de cas opposer à ce genre d'affections.

Il est très-vrai que la volonté est d'autant plus efficace sur l'action musculaire, qu'elle s'exerce plus habituellement sur les mouvements appelés *volontaires*; mais l'expérience prouve aussi que les muscles qui semblent les plus indépendants de la volonté, et que l'on a nommés pour cela *involontaires*, ne sont pas absolument soustraits

à sa puissance. On a cité l'exemple d'un colonel suisse, qui était parvenu à suspendre à volonté l'action de son cœur; Bichat, Gosse de Genève, et Montègre, avaient acquis la faculté de contracter à volonté leur estomac; et l'on sait qu'il n'est pas impossible de vaincre la tendance à la syucope, au mal de mer et au vomissement, par la seule force de la volonté.

Mais un fait bien digne de remarque, et dont les conséquences pratiques méritent encore toute l'attention du médecin, c'est que la volonté, dont la puissance est si énergique et pour ainsi dire incalculable sur les mouvements de contraction, ne peut rien sur les mouvements qui tendent au relâchement musculaire. Ainsi, tout individu qui se contracte, dans l'appréhension de la douleur, reste soumis à la puissance instinctive de cette contraction, malgré tous les efforts de volonté qu'il exerce pour la surmonter. Ainsi, la contraction du pharynx, qui provoque la crainte de la déglutition, suffit souvent pour apporter à cet acte physiologique un obstacle que toutes les déterminations de la volonté ne font qu'accroître. On avale par inadvertance un noyau de fruit ou tout autre corps plus ou moins volumineux, et l'on ne peut souvent, même avec la plus ferme résolution possible, accomplir la déglutition d'une dose très-minime de substance médicamenteuse, et je suis bien persuadé que l'hydrophobie dont certaines femmes nerveuses offrent l'exemple n'a souvent d'autre cause que la lutte qui s'opère entre la crainte et le désir ou la volonté d'avaler.

Autres exemples : c'est en vain que vous sollicitez d'un malade dont vous explorez le bas-ventre le relâchement de ses muscles abdominaux. Tous ses efforts de vo-

lonté ne feront qu'accroître la contraction qu'il cherche à maîtriser.

Il en est de même de l'individu à qui l'on veut réduire une luxation. Plus on insiste alors pour obtenir de sa volonté un relâchement musculaire, et plus on augmente l'état de contraction qui fait obstacle à la réduction. Que s'il s'opère inopinément, et par une cause physique ou morale quelconque, une distraction de la volonté, tous les muscles tombent aussitôt dans le relâchement, et la réduction s'opère souvent comme par enchantement.

La même chose a lieu dans toutes les circonstances de la vie où s'opère le relâchement musculaire, et pour ne plus citer qu'un seul exemple bien frappant, le sommeil, qui consiste essentiellement dans le relâchement de la fibre musculaire, veut être affranchi du pouvoir de la volonté. Aussi, vouloir obtenir le bienfait du sommeil, c'est infailliblement l'éloigner, c'est volontairement se condamner à l'insomnie.

Si, comme nous l'avons dit, il demeure constant que la volonté ne jouit d'aucun pouvoir direct sur la sensibilité ou faculté de sentir, il n'est pas moins prouvé qu'elle peut, dans beaucoup de cas, la divertir, l'affaiblir ou même la suspendre, soit en modifiant ou en transformant son exercice actuel, soit en lui substituant une contraction musculaire plus ou moins forte. Il est même une sorte d'instinct qui nous avertit, dans la souffrance, de cet effet remarquable du mouvement sur la sensibilité. L'homme qui éprouve une douleur quelconque, une névralgie, par exemple, se meut et s'agite instinctivement comme pour appeler sur l'appareil musculaire et dépenser en mouvement le principe de sa douleur. L'expérience

prouve que l'état convulsif, qui n'est que l'exagération de la contraction musculaire, fait cesser immédiatement la douleur, et l'on sait que l'épilepsie, qui est le *summum* de l'état convulsif, rend l'organisme absolument insensible aux excitants même les plus énergiques.

D'après cela, on concevra facilement qu'une forte volonté puisse imprimer à l'action musculaire un tel degré de contraction qu'elle ne laisse aucune prise à la sensibilité, ni à l'état morbide, et je ne sais quel auteur a dit que la mort elle-même ne résisterait pas à sa puissance. Si Mucius Scœvola demeure impassible, pendant que son bras reste exposé à la flamme ardente qui le brûle, c'est qu'il va spontanément au devant du sacrifice que lui prépare la vengeance de Porsenna, pour montrer aux ennemis de sa patrie tout le pouvoir d'une volonté romaine. Si le guerrier, dans l'élan du patriotisme et l'ardeur du combat, ne s'aperçoit pas du coup mortel qui l'a frappé, c'est que son organisme est dans une surexcitation musculaire, qui rend sa sensibilité muette à l'impression de la douleur.

La volonté, qui est le courage par excellence, est, par cela même aussi, l'auxiliaire nécessaire de cette force de réaction ou de résistance vitale, sans laquelle toutes les combinaisons thérapeutiques sont le plus souvent impuissantes. Sous ce rapport, il n'est peut être aucune maladie à laquelle elle ne puisse apporter le bienfait de son influence. Mais, c'est surtout dans les épidémies qui semblent porter les premières atteintes au principe de vie même, que la volonté montre toute sa puissance. On sait que ce sont, en général, les hommes les plus volitifs, c'est-à-dire les plus courageux et les plus dévoués, qui

sont les plus réfractaires aux coups de la contagion; et sans chercher nos exemples dans les annales de la science, le choléra nous a fourni mille preuves de cette vérité; car, si tout est encore mystère sur l'étiologie comme sur le traitement de cette maladie, il paraît du moins constaté, par l'observation la plus unanime, qu'il y a eu moins de victimes parmi les individus actifs, laborieux, toujours agissants, que parmi ceux qui, par crainte ou par prudence, se concentraient dans leur demeure pour s'abandonner au repos ou à l'inertie.

Nous avons vu des médecins, que le fléau poursuivait sans relâche, s'arracher pour ainsi dire à sa fureur par la seule puissance de la volonté, c'est-à dire à force d'exercice, de veilles et de mouvement.

L'un des ministres de Charles X, M. de Montbel, que sa malheureuse destinée politique conduisit en 1830 sur une terre d'exil, au moment où le choléra y sévissait avec toute sa violence, eut bientôt à lutter aussi contre ses attaques. Atteint pendant la nuit de tous les symptômes de la maladie, il s'insurge aussitôt contre elle et s'apprête à lui résister avec toute la puissance d'une ame forte et courageuse. Il sort de son lit, s'habille et court à grands pas mettre ordre à ses affaires; il reste plusieurs jours dans une continuelle réaction de corps et d'esprit, et parvient ainsi à vaincre l'ennemi le plus redoutable, peut-être, que la médecine ait eu à combattre jusqu'à ce jour.

En résumé, il nous paraît résulter évidemment des faits qui précèdent, et que la plus simple observation pourrait multiplier à l'infini, les corollaires suivants:

1° La volonté n'a aucune puissance directe et immédiate sur l'exercice des sensations naturelles et acciden-

telles, non plus que sur les perceptions, soit affectives, soit morales, soit intellectuelles.

Mais elle peut interrompre et changer le cours d'une sensation ou d'une perception actuelle, en lui substituant une autre sensation, une autre perception, ou un mouvement quelconque.

2° La volonté exerce une puissance directe et, pour ainsi dire, illimitée sur l'action musculaire, soit dans l'état physiologique, soit dans l'état pathologique.

Mais son pouvoir est d'autant plus efficace qu'il s'exerce sur l'action musculaire de la vie volontaire ou de relation.

3° La volonté exerce également une puissance remarquable sur les actes physiologiques et pathologiques de la vie intérieure ou involontaire.

Mais elle demeure complètement inefficace sur les contractions instinctives qui ont pour cause l'appréhension de la douleur, ainsi que sur les actes musculaires qui ont pour but et pour effet le relâchement de la fibre motrice; et de même que la contraction musculaire est soumise tout entière à la volonté, de même aussi le relâchement musculaire est, en partie, soustrait à l'empire de cette faculté.

4° Enfin, la volonté peut imprimer à la fibre musculaire un tel degré d'excitation et de contraction qu'elle ne laisse à la fibre sensitive aucune prise aux impressions extérieures même les plus énergiques.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE

Sur la métro-péritonite simple et compliquée;

Par M. NONAT,
Médecin du Bureau central.

RAPPORT

Fait sur ce Mémoire (1) *à la Société de médecine*,

Par MM. DELENS, ROCHE et TÉALLIER, rapporteur.

Depuis l'antiquité la plus reculée jusqu'à nos jours, les maladies des femmes en couches ont été pour les praticiens un sujet de méditations et de recherches sérieuses. La fréquence de ces maladies, la rapidité de leur marche, le danger dont elles s'accompagnent, le siége qu'elles occupent et la spécialité de leurs causes, ont excité la sollicitude et exercé la sagacité des meilleurs observateurs. Que d'efforts ont été tentés depuis Hippocrate pour établir avec précision l'étiologie des maladies décrites sous le nom de *fièvres des femmes en couches* !

Ces efforts ont-ils été sans résultat ? La science est-elle restée dans cette incertitude sur le siége et la nature de ces maladies, qui les faisait considérer, tantôt comme une inflammation pure et simple de l'utérus, par Hippocrate et

(1) Le travail original sera inséré dans le prochain numéro de la *Revue*.

tous les médecins de l'antiquité jusqu'à Willis, qui leur donna le nom de fièvre puerpérale; tantôt comme une inflammation des intestins, de l'épiploon ou du mésentère, et plus tard, au commencement de notre ère, comme une inflammation du péritoine? Grace aux travaux des anatomo-pathologistes modernes qui ont répandu de si vives lumières sur la plupart des questions de pathologie, l'obscurité qui enveloppait l'origine de celle qui nous occupe s'est en grande partie dissipée. Il est bien reconnu aujourd'hui que les accidents graves compris sous la dénomination générique de *fièvre puerpérale* ne dépendent pas de la lésion d'un organe unique : le rôle important que l'utérus joue dans l'acte de la parturition devait, il est vrai, le faire considérer comme le point de départ le plus naturel et le plus ordinaire de ces accidents; la fréquence des altérations de ses ligaments suspenseurs, du péritoine, des trompes et des ovaires, avait aussi de tout temps frappé l'attention des observateurs; mais les lésions les plus fréquentes, les plus graves et les plus fécondes en sinistres résultats, celles des vaisseaux veineux et lymphatiques, leur avaient entièrement échappé, lorsque Clarke signala la présence du pus dans les veines utérines.

La lésion de ces vaisseaux fut également reconnue par Wilson et Chaussier, par MM. Ribes et Husson; mais c'est à Dance qu'est dû l'honneur d'avoir démontré le premier, dans son mémoire sur la phlébite publié en 1828, l'inflammation des veines dans la péritonite puerpérale, et d'avoir rapporté à cette inflammation les phénomènes adynamiques qui accompagnent quelquefois ce genre d'affections.

Nous allons, Messieurs, jeter un coup-d'œil rapide sur le travail de Dance et sur quelques-uns des écrits qui ont été publiés depuis Dance sur les lésions puerpérales des veines et des vaisseaux lymphatiques. L'importance du sujet nous fera pardonner cette digression, qui rentre d'ailleurs dans l'analyse du mémoire de M. Nonat.

Dance décrit en anatomiste habile les lésions des veines dans la phlébite utérine ; il indique le point de départ de l'inflammation à l'orifice béant des veines dans les sinus utérins qui correspondent à l'insertion du placenta. Il suit avec une grande exactitude la marche du pus dans le système veineux; il signale son dépôt et sa collection dans les divers organes, et notamment dans le parenchyme du poumon, à la superficie de l'organe, entre son tissu et la séreuse qui l'enveloppe. Dans ce travail, qu'on ne saurait trop méditer, Dance rattache invariablement la phlébite utérine à la métrite puerpérale. Il avait ainsi fait faire un grand pas à la connaissance de l'étiologie de la maladie ; mais Dance observait dans un hôpital (l'Hôtel-Dieu) qui n'était point exclusivement consacré au traitement des femmes en couches ; les cas soumis à son observation, peu nombreux, isolés, ne lui présentaient pas, selon toute apparence, la maladie sous toutes ses faces et avec toutes les lésions qu'elle comporte ; peut-être aussi n'est-il pas donné au même observateur de tout découvrir. Quoi qu'il en soit, Dance ne dit rien des lésions des vaisseaux lymphatiques.

Un an plus tard, en 1829, un autre observateur non moins recommandable, M. Tonnellé, alors interne à l'hospice de la Maternité, fut témoin de l'une de ces épidémies de fièvres puerpérales qui ravagent si souvent les établis-

sements consacrés aux femmes en couches. Comme Dance, M. Tonnellé reconnut la fréquence de la phlébite utérine dans ces fièvres, et de plus il signala, comme cause étiologique tout aussi fréquente, la lésion et la suppuration des vaisseaux lymphatiques.

Dans cette épidémie de fièvre puerpérale, M. Tonnellé constata les altérations du péritoine, l'inflammation de l'utérus, la suppuration des veines et des vaisseaux lymphatiques de l'utérus, rencontrée trois fois sur cinq cas; de vastes collections purulentes dans le centre des muscles et dans les cavités articulaires, effet direct et immédiat de l'absorption du pus, de son mélange avec le sang et de son transport et de son dépôt au sein des organes; enfin le ramollissement et la putrescence de l'utérus. M. Tonnellé fait déjà remarquer le chiffre très-élevé des altérations des vaisseaux lymphatiques, dans lesquels il a trouvé du pus trente-deux fois sur deux cent vingt-deux ouvertures de corps faites à la suite de fièvre puerpérale. Néanmoins, tout en n'élevant aucun doute sur la formation du pus dans la cavité même des veines, par suite de leur inflammation, cet habile observateur laisse encore au temps et aux recherches ultérieures à décider si le pus, rencontré dans les vaisseaux et les ganglions lymphatiques, est aussi le résultat de leur inflammation propre.

Cette question devait provoquer de nouvelles recherches et se résoudre tôt ou tard par l'affirmative ou par la négative. En 1830, M. Duplay, placé sur le même théâtre que M. Tonnellé, reprit les travaux de son prédécesseur sous la direction du même chef, M. Désormeaux. Soit qu'il se fût attaché d'une manière plus spéciale à l'étude des lésions des vaisseaux lymphatiques pendant le

cours de l'épidémie qu'il eut à observer, soit que dans cette épidémie les lésions des vaisseaux lymphatiques fussent plus multipliées que dans celles qui l'avaient précédée, M. Duplay rencontra du pus dans les vaissaux lymphatiques de la plupart des sujets soumis à la nécropsie. Ce médecin n'a jamais trouvé du pus dans les lymphatiques sans altération de la matrice, de ses dépendances ou du péritoine; d'où il se demande si ce pus est le produit de l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, ou s'il est seulement absorbé et charié par ces vaisseaux. Il finit par se ranger à l'opinion de M. Cruveilhier, qui admet que les vaisseaux lymphatiques ne sont point enflammés dans leurs principaux troncs, mais que le pus qui les parcourt n'en est pas moins le produit d'une phlegmasie qui aurait attaqué un point plus ou moins éloigné du système lymphatique, et plus ou moins rapproché de ses ramifications capillaires. Bien que présentée avec des restrictions, cette opinion fait suffisamment pressentir la nature inflammatoire des lésions des vaisseaux lymphatiques.

Dans son mémoire sur les maladies du système lymphatique, imprimé en 1835, M. Velpeau prouve par les faits et par le raisonnement l'inflammation des vaisseaux lymphatiques. Si l'angioleucite n'a pas été signalée d'une manière plus positive jusqu'à ce jour, c'est parce qu'il est souvent difficile de la distinguer au milieu des lésions des autres systèmes, du système veineux, par exemple, avec lesquelles elle existe et se confond fréquemment. Selon M. Velpeau, les altérations des vaisseaux lymphatiques sont si évidentes qu'on ne peut plus révoquer en doute le caractère inflammatoire de la maladie qui les produit. M. Velpeau ne s'occupe pas, il est vrai, de l'angioleucite

utérine puerpérale; mais ce qu'il dit de la lésion des lymphatiques en général nous paraît applicable à celle des mêmes vaisseaux dans le cas de fièvre puerpérale. L'angioleucite, comme la phlébite des membres, ne diffèrent de l'angioleucite et de la phlébite puerpérales que par leur cause déterminante et par la disposition organique particulière qui imprime à ces dernières quelque chose de spécial dans leur développement, leur marche et leur terminaison.

On trouve encore des observations intéressantes, et qui peuvent servir à l'histoire de la fièvre puerpérale, dans plusieurs thèses soutenues à la faculté de médecine de Paris, et entr'autres dans celles de MM. Danyau, Fernandès, Legallois, Boyer (de Nîmes); dans un mémoire de M. Montault, dont vous venez de récompenser et d'encourager les efforts, imprimé en 1831 dans le journal complémentaire des Sciences médicales, et dans la thèse de M. Nonat lui-même, qui, dès 1832, annonçait le travail plus important qu'il vient soumettre aujourd'hu à votre jugement. Tous ces travaux déposent de l'utilité des recherches anatomiques pour établir sur des bases solides l'étiologie des lésions diverses qui se rencontrent dans les maladies des femmes en couches. Ces lésions sont si nombreuses que nous n'hésitons pas à réclamer la réhabilitation de la dénomination de *fièvre puerpérale*, sous laquelle elles étaient comprises. Nous savons ce que cette expression a de mal sonnant pour les esprits rigoureux; aussi ne lui donnons-nous la préférence qu'en tant qu'elle serait considérée comme un terme générique plus large, qui ne préjuge rien sur le siége et la nature de la maladie. La fièvre puerpérale serait la conséquence, tantôt

d'une métrite simple ou d'une métrite compliquée de phlébite ; de lymphangite, d'ovarite, de péritonite ou d'entérite ; ou l'expression de chacune de ces maladies prises séparément, si toutefois elles sont susceptibles d'exister isolément et exemptes de toute complication. M. De Lens voudrait que l'expression *fièvre puerpérale* fût conservée pour désigner la métro-péritonite puerpérale qui règne épidémiquement dans les hôpitaux, et qui reconnaît pour cause l'infection miasmatique, et que l'on conservât à chacune des lésions qui s'observent dans les maladies des femmes en couches, et qui se développent d'une manière sporadique, la dénomination qui leur est propre. Trop de sévérité dans l'expression donne à l'idée qui s'y rattache quelque chose de trop arrêté qui nuit aux progrès de la science. Ainsi, des observateurs d'un grand mérite, nos collègues, MM. Gasc et Baudelocque, en renfermant dans la péritonite puerpérale presque toutes les maladies des femmes en couches, ont évidemment trop restreint le nombre des autres lésions qui peuvent donner lieu à la fièvre puerpérale. Pour M. Baudelocque, qui imprimait son traité de la péritonite puerpérale en 1830, à cette époque où les lésions de l'utérus étaient signalées de toutes parts, ces mêmes lésions sont des complications rares de la péritonite puerpérale. L'inflammation des veines de l'utérus ne complique que quelquefois celle du péritoine. Cet auteur ne dit que quelques mots de l'inflammation des lymphatiques. M. Baudelocque n'avait à traiter, il est vrai, que de la péritonite puerpérale; mais la lésion du péritoine est si intimément liée à celle de l'utérus et de ses vaissoaux, qu'on a lieu de s'étonner qu'un praticien si judicieux ait tenu si peu compte du

rôle très-important que les altérations de ces organes jouent dans la péritonite puerpérale. On ne peut attribuer cette lacune dans son ouvrage, d'ailleurs très-remarquable, qu'à une préoccupation d'esprit qui lui faisait rechercher et voir toute la maladie dans la lésion du péritoine.

Après cet aperçu historique que nous vous prions, Messieurs, de nous pardonner en faveur de l'importance du sujet, nous arrivons au mémoire de M. Nonat.

Ce travail est le résumé des nombreuses observations que son auteur a recueillies à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Caillard, pendant l'épidémie qui règna en 1831 parmi les nouvelles accouchées reçues dans cet hôpital. Il est divisé en deux parties. La première renferme trois groupes de faits destinés à faire ressortir les caractères propres et différentiels de la métro-péritonite puerpérale simple ou compliquée. La seconde partie traite de tout ce qui concerne les caractères anatomiques, l'étiologie, les causes prédisposantes et occasionnelles, les symptômes et le traitement de la maladie.

Le premier groupe de faits comprend sept observations de métro-péritonite puerpérale simple ou coïncidant avec des ovarites, la gastro-entérite, des mammites, des pleuro-pneumonies, l'arthritis, et la plupart, avec la diarrhée. La dernière de ces observations nous présente déjà la lymphangite utérine en voie de guérison, et l'ovarite terminée par suppuration. Elle sert de moyen de transition de ce premier groupe au second, où sont contenus les faits relatifs à la métro-péritonite puerpérale compliquée de lymphangite utérine.

Le second groupe renferme trente observations de métro-péritonite compliquée de la suppuration des vaisseaux

lymphatiques (lymphangite utérine). Dans ces treize observations qui ont entre elles des traits frappants de ressemblance, on trouve également dans tous les symptômes caractéristiques de la lymphangite utérine : fièvre intense au début, douleur vive de l'hypogastre, ballonnement du ventre, respiration gênée, symptômes typhoïdes promptement développés...., et, à l'autopsie, suppuration des vaisseaux lymphatiques du col de l'utérus, de ceux qui rampent sur les côtés du corps de cet organe, de ceux des ovaires, du bassin, des ganglions vertébraux, et quelquefois du canal thorachique. Dans toutes ces observations on a pu constater, durant la vie, les phénomènes que l'on rattache aux fièvres putrides-typhoïdes.

Les cinq observations qui suivent forment le troisième groupe où la métro-péritonite puerpérale se trouve compliquée de l'inflammation des veines utérines. Cette inflammation a été retrouvée une fois dans les veines crurales et iliaques ; elle s'est présentée seule et exempte de toute complication ; mais le plus souvent elle s'est accompagnée de la lésion des vaisseaux lymphatiques avec suppuration, de pneumonie, d'érysipèle.

C'est à ce groupe qu'appartiennent les collections purulentes qui se rencontrent fréquemment à la suite des phlébites en général, dans le parenchyme des organes, et plus particulièrement dans celui du poumon.

Toutes ces observations, qui ont été complétées par la nécropsie, sont rédigées avec une méthode dans l'exposition des symptômes, une abondance de détails dans les descriptions, et une précision dans les recherches anatomiques, qui dénotent, dans le médecin qui les a recueillies, un praticien attentif, exercé et consciencieux. Elles sont

suivies de réflexions qui font ressortir les rapports de ressemblance que celles du même genre ont entre elles et avec celles des autres groupes. Les caractères pathologiques et anatomiques qui les distinguent les unes des autres, ou qui séparent chaque série, ne sont pas exposés avec moins d'exactitude et de clarté. De manière qu'après la lecture de chacune de ces observations, la conviction du fait qu'elle mentionne reste gravée dans l'esprit. Quelques-unes de ces observations sont peut-être un peu longues, ce qui tient à l'abondance des détails qu'elles renferment; mais ce reproche, si cela en est un, est amplement compensé par les éloges que méritent les réflexions judicieuses et les remarques d'utilité pratique dont l'auteur les a enrichies. Elles sont écrites d'ailleurs avec une pureté et une facilité de style qui donnent à leur lecture un charme tout particulier.

Dans la seconde partie de son mémoire, M. Nonat s'occupe, comme nous l'avons dit, des caractères anatomiques, de l'étiologie, des causes, des symptômes, de la terminaison et du traitement de la métro-péritonite puerpérale. Puisant ses renseignements dans les faits qu'il a observés, il établit d'une manière positive l'inflammation des vaisseaux lymphatiques dans un grand nombre de cas, et notamment de ceux du col de l'utérus; tandis que, dans l'épidémie qu'il a décrite, M. Tonnellé fait mention du pus trouvé dans les lymphatiques du corps de cet organe, à l'exclusion de ceux du col. Cela prouverait que dans les deux épidémies, les lésions de l'utérus étaient les mêmes, quant à leur nature; mais qu'elles différaient, quant à leur siége. C'est dans la métro-péritonite compliquée de lymphangite, qu'on retrouve ces vastes collections purulen-

tes dans les fosses iliaques et dans le bassin; et c'est au contraire dans la même maladie, compliquée de phlébite, qu'on observe ces abcès multiples, ou plutôt ces dépôts de matière purulente dans les organes éloignés, le poumon, le foie, la rate, dans les articulations et les intersices des muscles des membres. Ce pus est ici le produit des veines enflammées, comme il a été reconnu qu'il provenait des lymphatiques même, dans les cas de lymphangite.

L'inflammation du péritoine se montre dans le plus grand nombre des cas. Lorsque la métro-péritonite puerpérale est compliquée de phlébite et de lymphangite, tous les organes peuvent être momentanément le siége de lésions plus ou moins graves.

Il n'est pas facile de distinguer de prime-abord la phlébite de la lymphangite. Nous voyons dans le mémoire que la dernière s'annonce par une fièvre intense; mais la phlébite et la plupart des maladies aiguës débutent de la même manière. La lymphangite donne lieu aux symptômes typhoïdes qui sont également provoqués par la phlébite. Les frissons irréguliers sont les symptômes pathognomoniques de la phlébite, et le signal du passage du pus dans le torrent circulatoire. Dans la phlébite, les accidents nous ont paru marcher avec plus de rapidité et d'intensité : c'est surtout dans cette dernière complication qu'on a vu la mort survenir douze ou quinze heures après le début de la maladie, et, chose surprenante ! qu'on a trouvé du pus déjà tout formé dans les veines et les organes!

Pour faire mieux apprécier la valeur des divers moyens thérapeutiques employés contre la métro-péritonite puer-

pérale, M. Nonat rapporte plusieurs observations où l'application de chaque méthode de traitement proposée a été faite. Il passe en revue et il discute savamment chacune de celles qui ont paru successivement sur la scène médicale; mais il s'attache plus particulièrement à la description du traitement qui a été mis en usage dans le cours de l'épidémie dont il trace l'histoire.

La première condition à remplir, la principale et peut-être l'unique condition pour prévenir la métro-péritonite puerpérale, c'est d'éloigner la femme en couches de toutes les circonstances hygiéniques favorables au développement de la maladie. Et parmi ces circonstances, l'encombrement des accouchées et leur séjour dans un hôpital doivent être considérés comme les plus décisives. C'est dans ces établissements, où la maladie est pour ainsi dire endémique, qu'on voit se manifester, presque chaque année, ces épidémies meurtrières qui font le désespoir des médecins, et contre lesquelles viennent échouer toutes les ressources de la thérapeutique. Hâtons-nous de dire que ces épidémies sont renfermées presque constamment dans ces asiles de la misère, et que, si quelques cas de métro-péritonite puerpérale se rencontrent dans la pratique ordinaire, la maladie se présente bien rarement avec ce cortége formidable de symptômes qui mettent quelques heures seulement d'intervalle entre le moment de leur apparition et la terminaison fatale de la maladie.

Avant de faire un choix parmi les méthodes de traitement proposées, et qui sont en grand nombre, il importe d'établir une distinction entre la métro-péritonite puerpérale sporadique et celle qui règne épidémiquement dans les hôpitaux. Les saignées et le traitement anti-phlogis-

tique, par exemple, qui figurent en première ligne des moyens efficaces contre la métro-péritonite sporadique, sont loin d'avoir les mêmes avantages lorsque la maladie a le caractère épidémique, et que parmi ses causes prochaines elle compte l'infection miasmatique. Les saignées, dans ce cas, ont été presque constamment nuisibles. De grands praticiens, Doulcet entre autres, durent y renoncer complètement à la vue des mauvais effets qu'elles produisaient. Pendant l'épidémie qui, en 1786, fit d'affreux ravages dans les salles de l'Hôtel-Dieu de Paris, Doulcet remplaça la saignée par l'ipécacuanha, et il obtint avec ce médicament des succès extraordinaires, qui, malheureusement, n'ont pas été les mêmes dans d'autres épidémies qui semblaient présenter les mêmes indications à remplir. Il en a été de même du traitement par les saignées, les frictions mercurielles, l'émétique à faible et à haute dose, les purgatifs, les sels alcalins, les toniques, l'huile de térébenthine ; toutes ces médications ont été tour à tour vantées avec exagération ou rejetées avec dédain; et sans doute, dans l'un et l'autre cas, il y a eu, de la part de ceux qui les employaient, prévention ou précipitation dans le jugement à porter.

M. Nonat a vu échouer presque également toutes les méthodes de traitement dans l'épidémie qu'il a observée. Que pouvait la thérapeutique contre une maladie qui tuait quelquefois dans l'espace de douze à quinze heures, de deux à trois jours! Pour être utiles, les saignées devaient être pratiquées dans les premières heures du début de la maladie. Plus tard, au bout de vingt-quatre heures, elles étaient évidemment nuisibles en favorisant la résorption du pus, qu'on trouvait déjà tout formé dans les veines

et les vaisseaux lymphatiques, après quinze ou vingt heures du début de la maladie, lorsqu'elle avait été foudroyante. Quelques cas rares de guérison obtenus par les diverses méthodes de traitement font exception. L'auteur avoue néanmoins qu'il lui serait difficile d'assigner à chacun des moyens mis en usage la part qui pouvait lui revenir dans le résultat final, la guérison. Il termine en déclarant qu'il ne possède aucun exemple de guérison due exclusivement, soit à l'ipécacuanha, soit aux purgatifs, soit au calomelas, soit aux sels alcalins, soit à l'huile de térébenthine.

Le travail de M. Nonat couronne dignement les efforts tentés depuis quelques années pour dissiper l'obscurité qui enveloppait l'histoire des fièvres puerpérales. Cet habile observateur a revu tout ce que ses prédécesseurs avaient signalé; de plus, il a constaté et établi invariablement l'inflammation des vaisseaux lymphatiques dans un grand nombre de cas de métro-péritonite puerpérale. Son travail est le complément indispensable des recherches qui serviront un jour de base à une bonne histoire des maladies des femmes en couches.

OBSERVATION

De fièvre typhoïde chez une femme de 78 ans;

Par M. Prus,
Médecin de la Salpêtrière.

(Lue à la Société de médecine de Paris, et imprimée par décision de cette Société.)

Le temps n'est pas encore éloigné où l'on regardait la vieillesse comme une des causes principales de l'affection que Pinel a décrite sous le nom de fièvre adynamique. C'était une grave erreur, si, comme on ne peut en douter, on entendait alors par fièvre adynamique ce que nous désignons aujourd'hui par l'expression de fièvre typhoïde. L'ensemble des symptômes qui, à Bicêtre et à la Salpêtrière, ont frappé l'illustre nosographe et lui ont fourni les éléments du tableau qu'il a tracé avec tant de soin, est encore observé chaque jour dans ces deux hospices; mais la comparaison attentive des symptômes et des lésions anatomiques démontre que la prétendue fièvre adynamique est presque constamment le résultat de pneumonies, qu'on a pu d'autant mieux méconnaître qu'une auscultation attentive peut seule les faire découvrir, et plus rarement, de maladies des voies urinaires. Quant à la fièvre typhoïde, proprement dite, elle est tellement rare chez les vieillards que *M. Littré* (dans son excellent article dothienenterie du dict. en 21 vol.) considère cette cir-

constance comme un moyen de diagnostic. *Si l'on rencontrait,* dit-il, *quelques symptômes de fièvre typhoïde sur un vieillard, on écarterait aussitôt l'idée de cette maladie chez un sujet qui ne peut l'avoir, et on irait à la recherche de l'affection particulière qui détermine l'état typhoïde ou adynamique des personnes âgées.* Pour établir cette règle, M. Littré se fonde sur le résultat des recherches de MM. Louis et Chomel, qui ont observé 255 malades de fièvre typhoïde. Sur ce nombre, 78 avaient de 15 à 20 ans; 95 de 20 à 25 ans; 54 de 25 à 30; 22 de 30 à 40 ans; 5 de 40 à 50 ans; 1 de 52 ans. On ne connaît peut-être pas, ajoute le même auteur, un seul exemple authentique de fièvre typhoïde au-delà de 55 ans.

S'il en est ainsi, le fait que je vais vous communiquer vous paraîtra sans doute digne de quelque attention.

Le 12 octobre 1836, est entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière une femme âgée de 78 ans, qui a été placée au n° 2 de la salle Saint-Jacques. Cette malade, qui répond avec peine aux interrogations qui lui sont adressées, se plaint d'avoir perdu sa fortune et d'être abandonnée par ses enfants. Elle déclare que, si elle est venue à l'infirmerie, ce n'est pas parce qu'elle souffre, car elle n'accuse aucune douleur; c'est uniquement à cause de sa grande faiblesse. Indifférence complète pour tout ce qui l'entoure; stupeur profonde; coucher en supination; teint terreux; pommettes d'un rouge brique; yeux ternes et chassieux; narines pulvérulentes; perte d'appétit; lèvres sèches; langue couverte d'un enduit épais et noirâtre; ventre légèrement météorisé, mais indolent à la pression, même dans la région iliaque droite; selles involontaires quoique sans dé-

voiement ; urines rares, foncées. La respiration ne paraît pas gênée et cependant on entend dans les deux poumons des râles muqueux et sibilant. La poitrine résonne bien partout ; expectoration nulle ; pouls petit et fréquent ; peau chaude et aride ; pas de céphalalgie, pas de délire.

Je reconnais un état adynamique réuni à un mouvement fébrile, dont aucun organe ne peut me rendre un compte suffisant.

Je prescris des boissons acidulées, des cataplasmes et des lavements émollients. Régime sévère.

Les jours suivants, l'état de la malade ne change pas sensiblement, malgré l'emploi de quelques révulsifs sur les extrémités inférieures, malgré des boissons amères coupées avec un peu de vin. La persistance des symptômes indiqués, la grande prostration de la malade me font naître, à plusieurs reprises, l'idée d'une fièvre typhoïde, idée que je ne crois pas devoir admettre complètement à cause du grand âge de la malade.

Cependant, le 2 novembre, je trouve un peu de matité dans le côté droit de la poitrine, à sa partie postérieure et inférieure. Dans ce point, la respiration s'entend mal, tandis que partout ailleurs on constate facilement l'existence des râles muqueux et sibilant. La malade a rendu un seul crachat mucoso-purulent ; du reste, le pouls toujours très-faible est d'une grande fréquence ; tous les autres symptômes fâcheux continuent, sauf la sécheresse et la coloration noire de la langue ; celle-ci est blanchâtre et légèrement humide. Somnolence, subdélirience. (Catapl. sinapisés aux pieds : décoction de quinquina ; lok kermétisé.)

Le 5 novembre, la prostration est extrême ; langue

sèche et brunâtre; pouls filiforme; demi-occlusion des paupières; respiration fréquente. L'auscultation ne fait entendre qu'un ronchus grave.

Le 6, mort à 10 heures du matin.

L'ouverture du cadavre a été faite 24 heures après la mort, en présence de MM. Cruveilhier et Dalmas et de plusieurs élèves de la Salpêtrière.

Encéphale : les mailles de la pie-mère, contiennent une grande quantité de sérosité. Le cerveau, qui n'offre d'ailleurs rien à noter, est d'une mollesse remarquable.

Thorax : les deux feuillets de la plèvre droite sont réunis par des fausses membranes, très-épaisses au niveau du lobe inférieur. Tout ce poumon contient un grand nombre de tubercules miliaires, gros comme des grains de millet ou de chenevis. Dans leur intervalle, le tissu pulmonaire est mou, flasque, grisâtre, infiltré de sérosité.

Le lobe inférieur du poumon gauche est rouge, engoué, très-friable; des tubercules existent aussi dans tout ce poumon, mais ils sont moins nombreux que dans le poumon droit.

Le cœur est petit et mou; son tissu, d'un brun rougeâtre, se laisse facilement pénétrer par le doigt. Sa membrane interne, ainsi que celle de l'aorte, est d'un rouge écarlate et violacé. Cette couleur, qui paraît un phénomène d'imbibition, résiste au lavage. L'aorte présente une grande quantité de plaques cartilagineuses et osseuses.

Abdomen : la rate est volumineuse, très-molle et se réduit en putrilage par la pression.

Le foie offre également une grande mollesse.

L'estomac et la première moitié de l'intestin grêle sont

dans l'état normal; mais, dans la partie inférieure du jéjunum et dans l'ileum, existent, sur le bord libre de l'intestin, 9 à 10 plaques elliptiques, qui ne sont autres que les plaques agminées de Peyer. Ces plaques, d'une couleur grisâtre, ardoisée, sont constituées par une foule de petites saillies, séparées par des dépressions régulièrement disposées, et offrant ce qu'on est convenu d'appeler la forme réticulée. Les deux tiers inférieurs des plaques présentent des ulcérations à bords arrondis et saillants. Ces bords, ainsi que le fond qui est formé par la couche cellulaire sous-muqueuse ou la membrane musculaire, sont grisâtres; la muqueuse qui réunit ces plaques est à l'état sain, sauf autour des dernières ulcérations de l'ileum, ulcérations plus larges et plus profondes que celles situées plus haut, où elle offre des arborisations d'un rouge intense. On cherche en vain sous la muqueuse intestinale quelque trace de tubercules; il n'en existe aucune.

Le gros intestin n'est nullement altéré. Il renferme quelques matières solides.

Les organes génito-urinaires n'offrent aucune lésion.

Vous venez d'entendre, Messieurs, l'histoire abrégée mais exacte de ma malade. Était-elle atteinte d'une fièvre typhoïde? je le pense.

Nous trouvons, en effet, pendant la vie, la stupeur, le coucher en supination, le teint terreux, les yeux ternes, les narines pulvérulentes, l'enduit fuligineux de la langue, la sécheresse et l'aridité de la peau; la fréquence et la petitesse du pouls, le météorisme du ventre; en un mot, tous les principaux symptômes des fièvres typhoïdes, en y comprenant ce râle universel muqueux ou sibilant, auquel MM. Louis et Bazin accordent tant d'importance

comme signe diagnostique. Nous n'avons rencontré, toutefois, ni épistaxis, ni dévoiement, ni tâches typhoïdes. Mais, qui ne sait que les épistaxis, les papules et les pétéchies typhoïdes, sont des phénomènes qui manquent assez fréquemment? Quant à la diarrhée, son absence est beaucoup plus rare. Cependant, il est, même chez les adultes, quelques cas exceptionnels où la diarrhée ne survient pas. Il faut tenir compte de ces cas rares, afin que la non-existence d'un symptôme, quelqu'important qu'il soit en général, n'empêche pas de saisir le véritable diagnostic dans un exemple particulier.

A l'ouverture du cadavre, nous constatons ces ulcérations des plaques elliptiques de Peyer, d'autant plus développées qu'on approche plus près du cæcum, lésion qui par sa presque constance, du moins en France, a mérité d'être considérée comme le caractère anatomique des fièvres typhoïdes. Nous voyons ensuite cette augmentation de volume et ce ramollissement de la rate qui viennent confirmer cette première donnée. Enfin, comme pour dissiper tous les doutes, nous trouvons cette coloration écarlate et violacée de la membrane interne du cœur et de l'aorte, coloration que les bons observateurs ont notée dans un si grand nombre de cas de fièvre typhoïde.

Si l'on était tenté de rapporter la fièvre à l'existence des tubercules, je ferais remarquer que ceux-ci étaient tous à l'état miliaire, qu'aucun n'était en suppuration. J'ajouterais qu'il m'est très-souvent arrivé de trouver une affection tuberculeuse de ce genre chez des vieillards morts sans fièvre aucune et de tout autre maladie.

Ce fait me paraît donc présenter le cas, encore unique,

je crois, d'une fièvre typhoïde développée chez une femme de 78 ans.

NOTE

Sur le traitement des fièvres cérébrales par les frictions mercurielles;

par M. le docteur Liegard, de Caen.

Lorsque je conseillai l'emploi des frictions mercurielles à haute dose, dans les fièvres cérébrales, dans un mémoire où plusieurs observations attestaient l'efficacité de ce traitement (1), quelques médecins prétendirent que ce moyen n'était pas nouveau, parce que M. Guersent et plusieurs autres auteurs l'avaient déjà indiqué. Cependant le plus léger examen des conseils donnés par ces auteurs, et de la méthode de traitement indiquée dans mon mémoire, devait suffire pour faire justice de cette assertion.... Voici en effet tout ce qu'on trouve à ce sujet dans l'article *méningite* de M. *Guersent* : « Dans la *seconde période* de » la méningite, lorsque le pouls est devenu très-lent, etc.» (il donne ici la description de cette période). Puis, après avoir conseillé les purgatifs et un grand nombre d'autres moyens, il ajoute : « On pourra aussi *solliciter la salivation* à l'aide de frictions mercurielles pratiquées sur » les parties latérales du cou, etc...., mais j'ai toujours » employé ce moyen sans succès, même quand il provo-

(1) Voir le numéro de juillet 1834 de la *Revue médicale*.

» quait une salivation abondante »....*Gardien*, dans son Traité des maladies des femmes et des enfants, à l'article hydrocéphale aiguë, cite *Percival* et plusieurs autres médecins anglais qui ont employé le mercure dans la *troisième période* de cette maladie, *comme pouvant activer l'absorption lorsque l'épanchement de sérosité existe dans les ventricules*; mais il dit positivement qu'il croit le remède incapable de guérir une aussi terrible maladie, et que bien probablement on aura guéri chez de très-jeunes enfants des maladies différentes, et présentant seulement quelques-uns des symptômes de l'hydrocéphale: par exemple, des affections vermineuses.... De bonne foi, peut-on comparer ces indications vagues, dénuées de preuves et données en désespoir de cause par des auteurs qui avouent eux-mêmes n'en avoir jamais retiré aucun avantage, avec la méthode curative proposée dans le mémoire dont il s'agit?.... D'abord ce n'est pas dans la deuxième période, et encore moins dans la troisième, que je conseille les frictions mercurielles, c'est au contraire dans la première, aussitôt qu'il est démontré que les évacuations sanguines n'ont pu arrêter la marche de la maladie dès le troisième ou quatrième jour. Ensuite, ce moyen n'est nullement considéré comme dérivatif, mais bien comme un puissant antiphlogistique; et même je regarde la salivation comme une circonstance fâcheuse et complètement inutile. Parmi plusieurs faits que je pourrais citer, en voici un qui, intéressant sous plusieurs rapports, servira à démontrer cette dernière vérité.

Le dimanche 1er février 1835, le fermier du château de Bicville, homme d'un tempérament sanguin nerveux, d'une forte constitution, âgé d'environ 50 ans, revenait d'un village

peu éloigné avec sa femme, qui était montée sur un jeune cheval peu accoutumé à ce genre de fatigue. Ils marchaient lentement, lorsque tout-à-coup le cheval effrayé s'élance au galop à travers la campagne. La femme ne tarda pas à être renversée, ce qui causa une grande frayeur au fermier. Après s'être assuré que sa femme n'était pas blessée, il se mit à courir après son cheval; il le rattrapa enfin auprès de la maison d'où ils partaient, après avoir couru environ une demi-lieue; il était alors couvert de sueur... De retour chez lui, il se sentit accablé de fatigue; des frissons, selon son expression, lui couraient dans les membres; bientôt il fut pris d'un violent tremblement, ses dents claquaient, et, bien qu'il eut la peau très-chaude, il se sentait pénétré d'un froid glacial. Une fièvre ardente ne tarda pas à succéder à ce frisson, et, le lendemain, 2 février, la fièvre, conservant le même degré de violence, s'accompagnait d'une rougeur érysipélateuse sur le nez et les joues. Le 3 au matin, je vis le malade pour la première fois; il était dans l'état suivant : rougeur vive du nez et des joues, s'étendant, mais avec moins d'intensité, au cou et sur le front; céphalalgie, pouls dur et fréquent, soif. — Saignée de 20 onces, eau panée édulcorée avec le sirop de groseilles, bain de pieds synapisé, diète. Le 4, la tuméfaction des parties érysipélateuses est devenue considérable, les yeux sont fermés et les paupières ont acquis une épaisseur de plus d'un pouce; de larges phlyctènes se remarquent, çà et là, sur les joues. Pendant la nuit suivante, le délire est presque continuel, et le 5 au matin, on applique 15 sangsues aux mastoïdes; les pieds sont en même temps plongés dans un bain synapisé, et des synapismes sont ensuite placés à demeure au bas des

jambes. Cependant le délire devient de plus en plus furieux, et quatre hommes robustes peuvent à peine retenir le malade dans son lit. A midi on commence les frictions mercurielles à la dose de deux gros, de 4 heures en 4 heures; et, pour remédier à la fois à l'érysipèle, et à l'inflammation des méninges, et aussi pour avoir une large surface absorbante, elles sont faites sur la face, le cou et la partie supérieure de la poitrine. (1) Le délire continue toute la nuit. Le 6, à 8 heures du matin, la dose de l'onguent est portée à quatre gros par friction. Deux heures après, le malade s'endort d'un sommeil paisible qui continue encore à midi; lorsque la deuxième friction de quatre gros fut pratiquée, à trois heures d'après midi, le malade commence à répondre juste aux questions; mais il le fait lentement; on lui offre à boire, il accepte, et il boit avec facilité. Le pouls a perdu sa dureté et presque toute sa fréquence. Pendant la nuit, quelques propos incohérents sont tenus, mais le malade paraît rêver; du reste il est calme et tranquille. Le 8 au matin, le calme continue, les réponses sont justes, mais toujours lentes; le pouls est à peu près dans l'état naturel. L'érysipèle ne paraît avoir perdu rien de son intensité, on réduit les frictions à 2 gros, et on les pratique seulement sur les parties rouges et tuméfiées : petit lait, orge miellée. Le 9, même état. — Sulfate de magnésie, une once dans un verre d'eau. Quatre selles abondantes, nuit assez calme. — Le 10, plusieurs selles glaireuses sont encore rendues et semblent fatiguer le malade. — Lavement émollient, ti-

(1) Dans les cas ordinaires ces frictions se pratiquent sur l'abdomen.

sane de riz sucrée, lait coupé. La tuméfaction des paupières, et surtout de la joue droite, est encore considérable, sa rougeur est diminuée; on se contente de faire encore quelques frictions sur ces parties, comme moyen résolutif. Le 11, le mieux se prononce de plus en plus; les yeux sont cependant toujours fermés, les paupières inférieures laissent échapper du pus par plusieurs petites ouvertures qui se sont faites spontanément vers le pli qui les sépare des joues. Il s'exhale de toute la surface érysipélateuse une odeur infecte. — Lotions avec l'eau chlorurée, lait coupé, bouillon de veau et de poulet. Le 12, une bouillie de fécule de pomme de terre passe bien; constipation, lavement émollient. Le 13, les paupières ont repris un peu de mouvement, et le malade parvient enfin à les entr'ouvrir. Le 14, la joue droite présente, au centre de sa tuméfaction, une fluctuation obscure. Une ouverture y est pratiquée, et laisse sortir une cuillerée environ d'un pus blanc et épais; la fluctuation étant très-évidente vers l'apophyse mastoïde du même côté, une légère piqûre y est faite, et une petite quantité de pus, offrant les mêmes caractères, en sort avec facilité. — Cataplasme sur la joue droite; on augmente peu à peu la nourriture. Le 15, le malade commence à se lever une demi-heure. Les forces reviennent ensuite chaque jour, et bientôt une convalescence franche ramène rapidement le malade à la santé.

Dans ce cas, les glandes salivaires n'ont paru nullement impressionnées par le mercure; le goût métallique ne s'est pas même prononcé. Sept onces d'onguent environ ont été employées. Ici les frictions mercurielles n'ont paru en rien entraver la marche de l'érysipèle, puisque cette

maladie a parcouru toutes ses périodes, jusqu'à la suppuration. Mais les symptômes de l'inflammation de l'arachnoïde, au contraire, ont promptement cédé à leur action.

Depuis cette époque j'ai encore eu occasion d'employer deux fois les frictions mercurielles, à haute dose, dans la fièvre cérébrale. Dans l'un de ces cas, chez une petite fille de trois ou quatre ans; la première friction fut commencée le troisième jour de la maladie; le délire et la fièvre cessèrent au bout de trente heures, et, en même temps, les pupilles largement dilatées et presqu'immobiles se resserrèrent beaucoup et redevinrent contractiles. Deux onces et demie d'onguent avaient été employées. Ici encore il n'y eut pas de salivation. L'enfant, guérie depuis huit mois, s'est toujours parfaitement bien portée. Dans l'autre cas, chez une demoiselle de 28 ans, le délire existait depuis dix jours; il avait débuté d'une manière lente et insidieuse, et présentait plutôt la forme chronique qu'un état aigu; le mercure ne modifia en rien la marche de la maladie.....

Je le répète en terminant : dans ces terribles affections on ne peut trop se hâter de recourir à ce puissant moyen; quelques jours de retard suffisent pour qu'une altération irrémédiable soit portée à l'organisme, et cette précieuse méthode se trouve ainsi compromise.

Quelques considérations sur le farcin (ganglite chronique.)

Par M. le baron ALIBERT,

Professeur à la Faculté de médecine, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis, etc.

Le farcin n'est pas une maladie qu'il faille rapporter aux exanthèmes, comme certains auteurs l'ont prétendu; c'est une affection strumeuse qui, chez certains animaux domestiques, présente absolument la même physionomie que la scrofule chez l'homme; elle dégrade le tissu muqueux et les ganglions lymphatiques; elle attaque surtout le cheval, qui, plus près de nous dans nos services habituels, n'en est que plus susceptible de contracter nos maladies. Elle peut affecter pareillement l'âne et le mulet. Il paraît qu'on la remarque aussi dans l'espèce bovine, car M. Dupuy a très-bien démontré le rapport qui existe entre le farcin et la maladie dite *pommelière* chez le bétail. Feu Paulet, célèbre médecin de Fontainebleau, le rapprochait de la ladrerie des cochons; il n'est pas rare, en effet, de voir quelquefois la dégénérescence strumeuse se compliquer de la présence des hydatides (échynocopes); c'est ce qu'on remarque du moins dans les oies, les poules et autres volailles de nos basses-cours. Le mot farcin a été créé du mot *farcio*, qui signifie j'emplis, j'amasse, etc.; c'est précisément l'effet que produit à nos yeux l'altération trumeuse du système ganglionaire, qui augmente

sensiblement de volume et devient plus apparent. Ne dirait-on pas en effet que, dans ces circonstances, l'animal est en quelque sorte *farci* d'une multitude de corpuscules globuleux, parfois isolés, souvent rassemblés, environnés d'une membrane celluleuse, qui, avec le temps, s'ulcèrent et se ramollissent dans la cavité qui les recèle. Ces tumeurs étrangères, ces nodosités singulières qui siégent ordinairement dans le tissu muqueux sous-cutané, quelquefois dans la propre substance du derme, sont communément désignées sous le nom de tubercules.

C'est le célèbre nosologiste Sauvage qui, le premier, proclama jadis, dans l'école de Montpellier, que le farcin était aux animaux ce que la scrofule était à l'homme. Dans mes leçons sur la thérapeutique des maladies lymphatiques, j'ai constamment enseigné la même doctrine. (Voyez ma monographie des dermatoses.)

M. Dupuy, savant vétérinaire et professeur à l'école d'Alfort, a particulièrement éclairé ce sujet dans son ouvrage sur l'affection tuberculeuse; et nous devons aussi des éloges à M. Philippe, vétérinaire en chef au 2e régiment d'artillerie, qui en a fait l'objet d'une thèse intéressante, soutenue naguère à la Faculté de médecine de Paris (1). Au surplus, l'analogie des formes constituantes doit rendre très-probable l'identité des altérations, et le farcin est mieux connu depuis que les hyppiatres, aussi bien que les médecins, se livrent à l'étude de la pathologie composée.

Les vétérinaires s'accordent généralement pour distin-

(1) Dissertation sur le tubercule envisagé sous le rapport de l'anatomie pathologique; par M. Philippe de Neuchâteau, du département des Vosges.

guer deux sortes de farcin : 1° le farcin bénin (*farcinum benignum*); c'est une irruption de tubercules superficiels qui se succèdent et se dissipent ordinairement par résolution ; on l'appelle aussi le farcin *volant*, le farcin *local*, etc. ; il se manifeste à la croupe, à l'encolure, à la tête de l'animal, etc. ; 2° le farcin malin (*farcinum malignum*); c'est celui que les vétérinaires désignent sous le nom de *farcin-cul-de-poule*. C'est, sans contredit, l'espèce la plus redoutable; elle se manifeste souvent par de petites tumeurs qui, rangées les unes à la suite des autres, simulent sur le tégument comme des cordes nouées par intervalles. Presque toujours ces tumeurs s'abcèdent et se convertissent en ulcères, qu'on dit fort mal à propos d'une nature contagieuse. Dans cet état, le plus précieux de nos quadrupèdes perd toutes ses proportions élégantes, sa peau se délustre, et les crins s'en détachent d'une manière spontanée, la fièvre redouble à mesure que son mal s'agrandit et s'étend avec plus ou moins de rapidité d'une ganglion à l'autre: l'animal souffre, souvent on le voit bondir d'impatience.

On juge pareillement de la gravité de l'affection farcineuse, quand elle ne se borne point au tissu cellulaire du derme; quand elle suit le trajet des vaisseaux veineux et lymphatiques ; quand elle se plonge jusque dans les interstices des muscles, quand elle les déplace, les déforme ou les décompose, quand elle attaque simultanément beaucoup de parties du corps; quand elle envahit à la fois le dos, les épaules, le ventre, le poitrail, l'encolure, et quand elle gonfle les articulations, etc.

Ce que l'on dit des causes organiques des scrofules chez l'homme peut se dire de celles qui influent sur le développement du farcin chez le cheval : il y a certainement

des prédispositions, ou, comme le dit avec beaucoup de vérité M. Hurtrel d'Arboval, des *spécialités individuelles* qui déterminent, avec plus ou moins de promptitude, l'invasion de cette maladie; les bêtes qui vivent sous la prédominance celluleuse, qui ont des poils longs, de grosses jambes, des pieds larges, y sont fréquemment plus disposées que les autres.

Le farcin est-il contagieux? presque tous les vétérinaires penchent pour l'affirmative. On a même publié dans plusieurs recueils des expériences faites à l'école de Lyon, d'après lesquelles il conste que la matière morbide, appliquée sur la peau d'un cheval, se développa au bout du troisième mois, dans l'endroit même où l'opérateur l'avait déposée. On rapporte aussi que plusieurs piqûres pratiquées sur le même cheval, aux deux côtés de l'encolure, donnèrent lieu, après quarante jours, à un farcin très-intense, dont on ne triompha que par un traitement long et méthodique; malgré ces allégations, l'état actuel de la science ne permet guère de croire à la contagion du farcin (ganglite-dermatique) (1).

Quant aux causes purement extérieures, il ne faut pas oublier que beaucoup de circonstances peuvent influer sur le développement de ce mal horrible; les écuries basses, mal situées et peu arérées, d'une trop petite dimension, celles surtout qui sont humides, et d'où l'eau s'échappe à travers les murs, deviennent très-pernicieuses à la santé des animaux; il faut craindre aussi le mauvais choix des nourritures, et il est d'ailleurs très-nécessaire

(1) Pour ce qui est de la morve, la question reste encore indécise. (Voyez le Mémoire de M. Crépin sur la contagion de cette maladie.

d'en régler la quantité; car, sous l'influence du pouvoir domestique, les chevaux sont très-disposés à abuser de tout ce qui se trouve à leur rencontre. Il importe donc de ne pas donner des fourrages à discrétion; il est surtout prudent de rejeter les herbes qui ont séjourné long-temps sur des terrains aqueux : il est des foins altérés, et qui ne sont propres qu'à faire un mauvais chyle ou à déterminer des digestions vicieuses. Les boissons doivent être surveillées, et les eaux vaseuses interdites.

Le farcin est difficile à guérir, mais il n'est pas incurable; il est vrai qu'il est des circonstances où les traitements les plus méthodiques n'obtiennent pas le moindre avantage. Il ne suffit pas, du reste, d'attaquer le mal par des moyens extérieurs, il convient d'approprier le mode de curation à la nature des causes intérieures, et tout semble nous faire présumer que les hyppiâtres tireront un jour un grand parti des préparations iodurées. Cette nouvelle acquisition de notre thérapeutique, due aux ingénieuses recherches du célèbre docteur Coindet de Genève, mérite l'attention de toutes les personnes de l'art.

Avant de rien entreprendre relativement à la cure du farcin, on commence d'abord par placer les animaux dans de bonnes conditions hygiéniques; tout ce qui les touche ou les entoure doit contribuer à les guérir; on loge les malades dans des écuries saines, on les nettoie fréquemment, on les lave, on les fait baigner; on les abreuve avec de l'eau de son ou avec de l'eau de fleur de farine; on administre quelques tranches de pain, saupoudrées avec de l'hydro-chlorate de soude, on mêle ce sel à l'avoine; on n'épargne ni le vin, ni le cidre, ni la bière;

on traite enfin cette maladie comme les scrofules, par des décoctions de gentiane et de quinquina.

M. Collaine, de Milan, a obtenu de grands succès dans une infirmerie de chevaux farcineux; la maladie était grave et compliquée d'une multitude d'accidents morbides; quelques-uns de ces animaux avaient les extrémités engorgées, d'autres avaient le corps sillonné par des cordes noueuses; plusieurs étaient frappés de morve, avec des flux verdâtres : il survenait des hémorrhagies, des ulcérations de la membrane pituitaire, les ganglions maxillaires étaient engorgés et saillants. Il y avait douleur et adhérence dans les glandes de la ganache, etc.; rien de plus triste à voir que toutes ces bêtes dont on désespérait. Dans cette fâcheuse circonstance, M. Collaine indiqua, pour celles qui étaient le plus gravement atteintes, l'administration de l'oxyde hydro-sulfuré d'antimoine (kermès minéral), qu'il porta progressivement jusqu'à la dose de deux onces par jour ; quant aux moins malades, il se contenta de prescrire la fleur de soufre, d'abord en petite quantité, pour les familiariser progressivement avec cette substance, qu'on parvint à pouvoir donner jusqu'à la quantité de six onces. Après un traitement plus ou moins prolongé, vingt-trois chevaux se trouvaient guéris au milieu de cette grande réunion; d'autres furent efficacement soulagés.

NOTE *sur un cas de farcin qui a paru contagieux :* **observation communiquée par M. Albin GRAS, interne à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le baron Alibert, pour servir d'appendice au mémoire de ce professeur sur la** *ganglite-chronique.*

M. P....x, élève distingué de l'école d'Alfort, vétérinaire en premier dans un régiment de dragons, âgé de 29 ans, d'un tempérament nerveux et un peu lymphatique, s'était toujours bien porté avant la maladie actuelle. Il ne connaît aucun scrofuleux dans sa famille. J'ai eu occasion de le voir il y a huit ans, et, à cette époque, il n'offrait rien qui pût faire prévoir plus tard une affection strumeuse; il a toujours mené une vie très-réglée, n'a jamais eu d'affections syphilitiques ni rhumatismales, et s'est toujours trouvé dans les meilleures conditions hygiéniques possibles. Sa santé était parfaite le 25 septembre 1835; ce jour il eut à ouvrir un abcès *farcineux* développé sur un cheval du régiment. Après l'ouverture, il plongea la main gauche dans la cavité qu'occupait le foyer purulent pour en explorer l'étendue: malheureusement il portait à l'indicateur de cette même main une écorchure qui changea d'aspect en peu de jours, s'agrandit, devint douloureuse, et se couvrit de végétations fongueuses; cette plaie, convenablement cautérisée, ne fut guérie qu'au bout de trois mois. Trois jours après l'opération, et en même temps que la plaie de l'indicateur faisait des progrès, M. P....x s'aperçut de la présence de plusieurs ganglions douloureux développés à la face interne du coude gauche, près de l'épitrochlée; bientôt l'articulation elle-même de-

vint malade, elle se gonfla : un abcès formé fut ouvert, d'autres survinrent, des trajets fistuleux s'établirent, et aujourd'hui cette partie du bras est encore malade. Au mois de mars dernier, l'articulation du genou droit devint douloureuse et se gonfla ; au rapport du malade, on sentait facilement de la fluctuation ; cependant il ne se forma ni abcès ni trajet fistuleux, et après six semaines les mouvements de l'articulation devinrent possibles ; mais à cette époque le mal gagna le cou-de-pied et la région du métatarse gauche : ces parties se tuméfièrent, sans occasionner pourtant beaucoup de douleur. Des points fluctuants se montrèrent en plusieurs endroits, et après l'évacuation du pus, il s'est établi des trajets fistuleux, qui persistent encore aujourd'hui. L'introduction de la sonde dans ces fistules, ainsi que dans celles qui existent à la face interne de l'extrémité inférieure du bras, tout près du coude, n'indique pas que le tissu osseux soit malade. Nulle part on n'a senti de dénudation. Le mal paraît borné aux tissus qui entourent l'articulation, et peut-être au périoste. M. P....x a, jusqu'à présent, reçu des soins de plusieurs médecins, sans beaucoup de succès.

M. P....x m'a aussi assuré qu'il connaissait plusieurs vétérinaires pour lesquels le farcin avait été également contagieux.

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Induction sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie; par M. F. Lelut, médecin surveillant de la maison des aliénés de l'hospice de Bicêtre.

M. Lelut a extrait d'une *Histoire clinique de la folie*, qui n'a pas encore paru, les corollaires généraux qu'il livre aujourd'hui, par anticipation, à la publicité.

Sa brochure est divisée en quatre chapitres qui sont consacrés : au délire aigu, à la manie aiguë, à la manie chronique et à la démence simple ou accompagnée de paralysie générale. Il examine la valeur des caractères anatomiques attribués par les auteurs à chacune de ces diverses affections ; et son éternelle conclusion est, que les lésions plus ou moins matérielles et locales du crâne, du cerveau et de ses tuniques, trouvées après la mort, qu'elles aient été produites par les maladies qu'il examine, ou qu'elles soient dues à une tout autre cause, sont insuffisantes pour rendre raison des phénomènes observés pendant la vie; que ces altérations ne se présentent pas d'une manière constante ni exclusive, qu'on les rencontre au contraire dans bien des cas où rien, pendant la vie, n'aurait pu faire soupçonner leur existence; qu'elles ne sau-

raient en aucune façon être considérées comme la cause prochaine du délire ou de la folie. « Elles peuvent sans » doute, dit-il, donner lieu à l'état délirant ou fou ; mais » elles ne constituent pas cet état, et souvent elles n'en » sont que l'exagération, l'effet ou la transformation. » Il ne donne pas le titre de méningite ou de méningo-encéphalite à ses observations de délire aigu, parce qu'elles lui paraissent loin d'être constamment caractérisées par une inflammation du cerveau et de ses tuniques. Il est vrai qu'il ne se montre pas très-accommodant sur la valeur des caractères pathologiques. Ainsi, dans un cas de délire très-aigu, de méningo-encéphalite en apparence la mieux organisée, quatre onces de sérosité jaunâtre, sans flocons albumineux, et sans autre altération inflammatoire, ne peuvent pas lui faire considérer cette exhalation *comme se rattachant à la maladie sous le rapport étiologique, comme sortant de l'état normal*. L'épaississement et l'opacité de l'arachnoïde, la granulation et les productions ventriculaires, sont les caractères les plus incertains qu'il y ait. Il n'est pas de maladie du cerveau dans laquelle on ne puisse les rencontrer. L'injection, la rougeur des tissus sans accroissement de vascularité ne prouvent pas davantage ; on les rencontre « dans des cas pathologiques » qui, par leurs symptômes, ne tiennent en rien au délire » aigu, à la méningite, à l'arachnitis des auteurs. Dans » des cas même de délire aigu ces caractères anatomiques » peuvent ne pas se rapporter à cet état morbide.... Or, » ajoute-t-il plus bas, qu'à ces divers caractères se joi- » gnent des épaississements partiels et anciens du feuillet » cérébral de l'arachnoïde, tels qu'on en rencontre chez » une foule de sujets morts d'une tout autre maladie que

» l'arachnitis, et surtout chez les vieillards et les aliénés » atteints de paralysie générale, et l'on aura ainsi la plu- » part des caractères anatomiques de l'inflammation de l'a- » rachnoïde, chez des sujets qui, étant morts d'un délire » aigu, n'auront pas cependant succombé à une phlegmasie » bien réelle de cette enveloppe. » Nous avouons que nous ne serions pas aussi scrupuleux que le docteur Lelut, et que si, après un délire aigu bien caractérisé, nous trouvions l'ensemble de ces lésions anatomiques, nous ne manquerions pas de croire à l'existence d'une phlegmasie bien réelle. La phlegmasie des membranes n'est bien caractérisée, selon M. Lelut, que par leur purulence et la formation, dans leur cavité, de fausses membranes sanguines ou couenneuses, une rougeur extrêmement vive avec épaississement de leur tissu, et surtout leur adhérence à la surface de l'encéphale. Une injection très-forte, une rougeur sablée, ne peuvent pas suffire pour caractériser une phlegmasie cérébrale; il faut une combinaison générale du sang avec la substance encéphalique, assez considérable pour produire dans la partie blanche des marbrures rougeâtres ou violacées très-foncées, et dans la partie grise, une mollesse et une rougeur telles qu'elle ait l'apparence de la pulpe de certaines poires cuites.

Le délire aigu n'a pas, au dire de M. Lelut, de caractères spéciaux. La phlegmasie du cerveau et de ses membranes n'est pas nécessaire pour le produire; quand elle a lieu, « c'est une chose de plus, et tout aurait fort bien » pu se passer sans elle. »

L'examen de la manie aiguë, de la manie chronique, de la démence, donnent lieu à des considérations de la même nature. On ne sait pas, on ne peut pas savoir, dans

l'état actuel de la science, quel est l'état cérébral spécial de ces maladies, et les faits et le raisonnement forcent presque à en regarder la recherche comme chimérique. M. Lelut a cependant observé, dans la manie chronique et dans la démence, un retrait, une sorte d'atrophie du cerveau, qui a pour effet d'agrandir ses anfractuosités et ses cavités. Dans ce cas, on voit de la sérosité en plus grande abondance que de coutume occuper la place de la substance cérébrale; mais, comme ce caractère n'est pas constant, il ne lui accorde pas plus de valeur qu'aux autres.

Nous pensons que ces lignes suffiront pour donner une idée du travail deM. Lelut, et de l'esprit dans lequel il a été écrit. Bien qu'il nous soit impossible d'adopter toutes ses opinions, qu'il ait, selon nous, donné trop peu de valeur à certaines lésions anatomiques, et qu'il n'en ait donné presque aucune à des lésions que nous regardons comme fort importantes, nous rendrons hommage aux judicieuses réflexions dont cet écrit est semé, et nous attendrons impatiemment l'*Histoire clinique de la folie*, dont la brochure actuelle n'est qu'un extrait. C'est seulement alors, et les pièces du procès sous les yeux, que nous pourrons juger si les opinions de M. Lelut sont réellement des conclusions légitimes des faits, ou des inductions inexactes et erronées.

A. Rosier.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Traitement des fièvres typhoïdes par le nitrate d'argent. — Cystite hémorrhagique. — Coup de foudre. — Solution de noix de galle contre la leucorrhée. — Accidents cérébraux produits par les préparations de plomb.

Gazette médicale (Décembre 1836).

De l'emploi du nitrate d'argent dans le traitement des fièvres typhoïdes; par M. Boudin, médecin de l'hôpital militaire de Marseille. — « Au mois de septembre 1835, une épidémie de fièvre typhoïde vint se déclarer à Marseille. Chargé, à cette époque, du service des militaires fiévreux de l'hôpital, je ne tardai pas à me convaincre du peu d'efficacité, pour ne pas dire de l'inutilité, des diverses méthodes de traitement préconisées contre cette terrible maladie, qui atteignait la garnison dans une cruelle proportion, et dont rien ne parvenait à enrayer l'irrésitible marche.

L'expérience m'avait depuis long-temps démontré et l'énergie et la promptitude d'action du nitrate d'argent dans les inflammations les plus rebelles des muqueuses bucconasale, laryngique, ophthalmique, acoustique et urétrovaginale; l'analogie me fit présumer que ce médicament ne serait pas sans efficacité contre la phlogose de la muqueuse gastro-intestinale.

J'avoue, cependant, qu'il ne fallait rien moins que la gravité du mal et l'inefficacité, pour ainsi dire, palpable

des médications ordinaires, pour me décider à l'emploi d'une substance à laquelle on s'est plu à faire une réputation aussi gratuite que terrible.

Procédant avec la plus grande circonspection, je ne voulus d'abord employer le nitrate d'argent que sur des typhoïques dont la maladie avait résisté aux traitements ordinaires, et dont l'état désespéré semblait à peine laisser la moindre chance de guérison; c'est-à-dire, que mes premières tentatives se firent dans un but purement palliatif.

Obs. — Le malade P.., couché au n° 38 de la salle 7, fixa particulièrement mon attention. Réduit par une fièvre typhoïde au dernier degré du marasme, sa face était cadavéreuse, sa voix éteinte, son haleine d'une fétidité indicible; le sacrum et les deux trochanters étaient entamés; une diarrhée non interrompue infectait toute la salle, et le malade était menacé, à chaque instant, d'exhaler son dernier soupir. Ce fut dans de telles circonstances, certes très-peu favorables, que je prescrivis, à la visite du matin, une demi-injection intestinale, composée de trois grains de nitrate d'argent dans six onces d'eau ditillée. Cette solution, bien qu'expulsée après seulement 5 ou 6 minutes de séjour dans l'intestin, n'en produisit pas moins une diminution notable des selles; une seconde dose de trois grains fut administrée le soir, et, dès le lendemain, il y avait déjà un intervalle de deux heures entre chaque garde-robe. Rassuré, dès lors, j'en porte la dose à quatre grains matin et soir; un grain est en outre donné sous forme pilulaire par la bouche. Après trois jours de ce traitement, la diarrhée a disparu, les matières se durcissent, l'état général du malade s'améliore à vue d'œil, les eschares prennent un meilleur aspect, la langue et les dents se nettoient, l'appétit renait, et la convalescence a lieu.

Il y aurait au moins de l'injustice, dans le cas dont il

s'agit, à ne pas accorder à l'action du nitrate d'argent une large part dans l'amélioration qui suivit de si près, et d'une manière si sensible, son administration.

Pour mon compte, ma conviction à cet égard fut telle que, reconnaissant dès lors ce sel pour un des plus héroïques modificateurs de toutes les muqueuses phlogosées, je n'hésitai plus à en étendre l'emploi à toutes les phlegmasies du tube digestif. Cependant, pour ne parler ici que de l'épidémie dont j'ai fait mention, je dirai que, sur plus de cinquante typhoïques soumis à cette médication, deux seulement succombèrent. Leur examen nécroscopique démontra deux faits de la plus haute importance pratique : 1° non-seulement il n'existait aucune trace d'irritation médicamenteuse surajoutée à l'inflammation morbide, mais encore plusieurs ulcérations de l'intestin étaient manifestement en voie de cicatrisation ; 2° le nitrate d'argent, bien qu'administré exclusivement par l'anus, avait porté son action au-delà de la valvule iléo-cæcale, et communiqué à la muqueuse de la portion inférieure de l'intestin grêle la couleur grisâtre que l'on remarquait sur toute l'étendue de la muqueuse colo-rectale.

Ces faits sont d'autant plus importants qu'ils établissent, d'une manière incontestable, et l'innocuité du nitrate d'argent, et son action sur des parties qui, par leur éloignement des orifices buccal et anal, semblent, au premier aspect, s'y soustraire.

Hâtons-nous cependant de dire que, loin de prêter à ce sel la moindre spécificité contre la maladie dont il s'agit, une vertu antiphoïde, par exemple, dans tous les cas d'entérite folliculeuse où nous l'avons administré, nous n'avons, au contraire, jamais eu d'autre but que celui d'opposer à la phlogose simple ou ulcérée de l'intestin un médicament que nous employons chaque jour, et avec un succès com-

plet, contre des lésions tout-à-fait identiques des membranes muqueuses.

D'après cette manière d'envisager l'action du nitrate d'argent, nous avons fait prendre ce sel tantôt en lavements, à la dose de 2 à 8 grains, en une ou plusieurs prises, lorsque la diarrhée constituait le symptôme dominant; tantôt par la bouche et sous forme pilulaire, à la dose d'un demi-grain jusqu'à 4 grains, quand les principaux symptômes semblaient se rapporter à l'inflammation de l'estomac et de la partie supérieure de l'intestin; enfin nous avons combiné ces deux modes d'administration quand la muqueuse gastro-intestinale nous paraissait phlogosée dans toute son étendue. Jamais nous n'avons dépassé la dose totale de 10 grains, encore n'avons-nous eu lieu d'y recourir que dans de très-rares exceptions. Certains individus en ont pris jusqu'à un gros dans le cours de leur maladie; cependant, dans l'immense majorité des cas, la prompte disparition des symptômes inflammatoires nous a permis d'en suspendre l'emploi de bonne heure.

La solution aqueuse de nitrate d'argent, administrée par la bouche, ayant l'inconvénient de noircir l'émail des dents, et de laisser au malade un goût métallique assez désagréable, nous lui préférons la forme pilulaire. Les extraits végétaux décomposent le nitrate d'argent, et ne conviennent pas pour excipients. Voici la formule dont nous nous sommes le mieux trouvés.

Prenez : Nitrate d'argent cristallisé. . . . 6 grains.
Dissolvez dans eau distillée, quantité suffisante.
Saturez la solution avec gomme adragant ou amidon en poudre Q. S.
F. S. A. 12 pilules dont on en prendra une chaque demi-heure, jusqu'à concurrence de 4, 8, etc.

Ces pilules doivent être récemment préparées, car l'excipient décomposerait à la longue le nitrate. Il va sans dire que le nitrate d'argent cristallisé doit être constamment préféré au nitrate d'argent fondu, qui n'est jamais pur, et dont l'action devient souvent fort problématique par sa cristallisation avec les nitrates de potasse ou de cuivre.»

Journal de la Société de Médecine de Nantes (Décembre 1836.)

Cystites hémorrhagiques; par M. BARÉ, *d.-p.*— Géré (Jean), âgé de 24 ans, du 3ᵉ hussard, n'ayant jamais eu de maladie vénérienne, gagna une urétrite dans les premiers jours d'octobre 1835; il entre à l'infirmerie le 21 de ce même mois.

Ce malade se plaint d'une douleur vive dans l'urètre, s'étendant du gland à l'anus, de pesanteur et de contraction dans cette dernière partie, d'érections fréquentes, enfin, d'un écoulement abondant de couleur verdâtre.

Après huit jours de repos et de diète, après avoir pris plusieurs bains et lavements, Géré, qui m'assurait se trouver mieux, m'accusa une douleur profonde dans la région hypogastrique, des envies continuelles d'uriner, et la sortie de quelques gouttes de sang pur lorsque cette opération était finie.

Quinze sangsues au périnée, une saignée, des bains prolongés, des fomentations émollientes, la diète et le repos arrêtèrent presqu'aussitôt cette inflammation de la vessie.

Cet état d'amélioration dura environ quinze jours; mais alors le ténesme vésical reparut plus répété et plus intense que la première fois; Géré faisait des efforts inouis pour vider la vessie, et parvenait, après bien des tentatives, à ne

rejeter que quelques gouttes d'une urine épaisse et brûlante; il souffrait, se trouvait dans un état continuel de gêne et d'angoisse, et persista cependant à me cacher cette récrudescence phlegmasique durant quinze jours; mais l'hématurie reparaissant, Géré fut effrayé, et me fit le récit de tout ce qu'il avait éprouvé.

Les urines alors étaient troubles, oléagineuses, contenant du sang en abondance, et laissant au fond du vase des mucosités épaisses et tenaces; une douleur très-vive se manifestait à la pression dans la région hypogastrique, la vessie se contractait à chaque instant pour rejeter l'urine, et cette contraction, toujours fort douloureuse, était suivie de l'expulsion de mucosités épaisses, filantes et fortement colorées de sang.

L'écoulement urétral avait beaucoup diminué, et la douleur du canal se bornait à de la cuisson lors du passage des urines.

Une saignée, sept applications de vingt à quinze sangsues à l'hypogastre et au périnée, des bains, des fomentations, des lavements laudanisés, etc., etc., calmèrent ces divers symptômes, mais avec une extrême lenteur; à chaque émission sanguine, une légère amélioration se faisait sentir, seulement il fallait les réitérer et les seconder de bains prolongés et de diète sévère; autrement la phlegmasie reprenait toute sa violence, et l'hématurie toute son intensité.

Cette période de la maladie dure environ cinquante jours.

La douleur ayant à peu près cessé, et les urines continuant cependant à se charger de mucosités blanchâtres, je me relâchai sur la sévérité du régime, et insistai seulement sur les bains et les lavements. Enfin, après m'être bien convaincu que la phlegmasie de la vessie était passée à l'état

chronique, et que les antiphlogistiques ne pouvaient suffire pour tarir l'énorme quantité de mucosités que Géré rendait tous les jours, j'administrai de légères doses de copahu : 36 grains, puis un gros et deux gros. L'effet de ce médicament fut utile ; seulement, il me fallut le suspendre durant huit à dix jours, une très-forte diarrhée s'étant manifestée sous son action. Je le repris, l'administrant cette fois en capsules à la dose d'un gros ; deux onces furent ainsi consommées.

Dans cette dernière période, les urines perdirent peu à peu de leur aspect oléagineux, les mucosités diminuèrent sensiblement, devinrent moins épaisses, moins tenaces au fond du vase de nuit, enfin disparurent complètement. — Restait encore un suintement urétral, blanchâtre ; des injections avec une solution de sulfate de fer et de laudanum le tarirent en quelques jours.

« Géré sort parfaitement guéri après 144 jours d'hôpital.

« Girard (Jean), du 3e hussard, âgé de 20 ans, entre le 20 décembre 1835, à l'infirmerie des prisons pour une urétrite aiguë, qu'il soignait en ville depuis quinze jours ; l'inflammation était dans sa période de décroissement, les urines sortaient avec facilité, ne provoquant qu'une douleur légère ; les érections étaient rares, l'écoulement abondant et jaunâtre. — Dix jours de repos et de régime suffirent pour amener la phlegmasie à ce point ou l'on peut, sans inconvénient, tenter d'en faire disparaître les dernières traces.

« Je prescrivis deux pilules astringentes matin et soir, huit pilules sont avalées sans le moindre retour de la douleur. Le troisième jour, l'infirmier-major commet une erreur, huit pilules sont prises dans l'espace de douze heures. — Presqu'aussitôt, c'est-à-dire le lendemain, Girard éprouve une vive constriction au bulbe de l'urètre, de la chaleur

dans la vessie, urine avec peine malgré l'envie la plus pressante de satisfaire à ce besoin, et après bien des efforts expulse quelques gouttes de sang. — Les urines sont épaisses, évidemment colorées par du sang; une cuisson assez vive occupe le canal de l'urètre dans toute son étendue, elle est constante et ne s'exaspère pas par le passage des urines; l'écoulement urétral n'a point changé : sa couleur, son abondance sont les mêmes.

« Une application de vingt sangsues au périnée, des bains de deux heures, des cataplasmes, des lavements, etc., etc., ne produisirent qu'un soulagement passager; tous les symptômes de la cystite s'aggravèrent; les urines se chargèrent de sang et de mucosités épaisses; le pouls devint fébrile.

« J'insistai sur les antiphlogistiques, sur les bains, les fomentations, la diète; quatre-vingt-douze sangsues furent appliquées à l'hypogastre et au périnée, et j'arrivai, par des améliorations successives, au 25 février, époque à à laquelle les urines ne contenaient ni sang ni mucosités.

« Un léger suintement de l'urètre, qui restait encore, fut enlevé dans les derniers jours par quelques doses de copahu. Girard est sorti après 79 jours d'hôpital, et seulement 69 depuis l'invasion de la cystite.

« Sidot (Claire), du 5e hussard, âgé de 26 ans, entre le 17 mars 1836 à l'infirmerie, pour la seconde fois dans l'espace de quatre mois, atteint d'urétrite aiguë. La première de ces maladies s'accompagna de vives douleurs et de pissement de sang. — Deux saignées suffirent pour enlever ces symptômes; il sortit guéri après un traitement de 48 jours.

« Sa seconde urétrite fut également des plus aiguës; la douleur était vive, les envies d'uriner continuelles, les érections horriblement douloureuses, l'écoulement abondant, d'une couleur verte, porracée. — Les glandes inguinales

s'engorgent, se tuméfient, menacent de suppurer; agitation, insomnie, pouls fébrile.

« Une saignée du bras, deux applications de sangsues sur les bubons, la diète, le repos et les bains calmèrent en quelques jours tout cet appareil inflammatoire; un seul bubon, celui de gauche, menace de suppurer, un vésicatoire le fait résoudre.

« Après vingt-cinq jours, Sidot n'éprouvant aucune douleur, je lui prescris quatre pilules astringentes par jour, puis six, enfin huit de ces mêmes pilules à prendre en deux fois. — Il en consomme quatre-vingt sans le moindre trouble dans sa santé; mais alors, c'est-à-dire deux jours après les avoir cessées, et lorsque l'écoulement s'était réduit des deux tiers, tous les symptômes de la cystite hémorrhagique se manifestent : douleur profonde dans l'hypogastre, constrictions au bulbe de l'urètre, contraction incessante de la vessie, sentiment de cuisson dans l'urètre, urines teintes de sang. Bientôt la phlegmasie prend un nouveau degré d'intensité; les urines ne sont plus rendues que goutte à goutte, et sont tellement colorées qu'on les prendrait volontiers pour du sang pur; elles entraînent en outre, avec elles, des mucosités épaisses, filantes, fortement teintes de sang, et formant dans le vase de nuit une couche de plus de deux pouces d'épaisseur; le pouls est fébrile.

« L'urètre, sauf à la base, semble étranger à cet état phlegmasique, il est seulement sous le coup d'une légère cuisson qui me semble tout-à-fait sympathique; l'écoulement est peu abondant et d'un blanc jaunâtre.

« Durant huit jours, je n'obtins qu'une légère amélioration; bientôt elle fut sensible, et le neuvième jour de l'invasion, après avoir pratiqué une saignée, appliqué soixante sangsues et multiplié les bains et les fomentations émollientes, Sidot était débarrassé de la douleur hypogastrique, de

la fièvre et du ténesme vésical. Ses urines étaient encore légèrement colorées; les mucosités, quoique moins abondantes et moins épaisses, étaient également teintes de sang.

« Cette amélioration se soutint, augmenta de jour en jour; enfin, après 35 jours, les urines étaient presque revenues à leur état naturel, et je commençai avec prudence l'administration du copahu pur, à la dose de quinze gouttes par jour, dans le but de tarir l'écoulement de l'urètre et de faire disparaître les quelques mucosités que les urines laissaient déposer. J'augmentai progressivement la dose de ce médicament, et le 45e jour, après avoir employé deux onces de copahu et deux chopines d'injection, Sidot sort guéri. »

Journal de la Société de médecine de Bordeaux. (Décembre 1836.)

Observation sur un coup de foudre; par M. GABARD, officier de santé. — Le 6 septembre 1836, à cinq heures et demie du soir, Antoine Trille, âgé de 47 ans, habitant Saint-Romain Lavirvée (Gironde), s'étant trouvé surpris par la pluie dans un temps en apparence peu orageux, se retira sous un arbre assez élevé, croyant n'avoir rien à craindre de l'orage, qui semblait ne gronder que dans le lointain et à des intervalles assez éloignés.

A peine fut-il arrivé sous cet arbre, que le tonnerre éclata, et la foudre, après avoir atteint l'arbre, frappa ledit Trille sur l'épaule gauche, brûla dans cette partie ses deux gilets et sa chemise, suivit tout le côté gauche du corps et brisa les sabots qu'il avait aux pieds.

Trille dit qu'il n'a point été renversé sur le coup, qu'il a

senti à peine le choc de la foudre, seulement qu'il s'est trouvé fortement saisi, et est devenu immobile. Ses yeux surtout sont devenus très-fixes : dans ce court moment il a attribué à l'éclair ce qu'il venait d'éprouver. Il s'aperçut que ses gilets brûlaient, mais au premier mouvement qu'il voulut faire pour y porter la main, il tomba par terre sans pouvoir se relever, puis roula dans un petit fossé sur le bord duquel il se trouvait : en étant sorti, en se traînant comme il put, il cria au secours, fut entendu et porté chez lui, où je le trouvai dans l'état suivant :

Soutenu par plusieurs personnes, il me dit d'une voix profonde, entrecoupée, *qu'il brûlait, qu'il était brûlé!* Lui ayant fait sortir ses gilets et sa chemise qui portaient une large preuve de brûlure vis-à-vis l'épaule gauche, j'observai tout le côté gauche du corps, depuis l'épaule jusqu'au pied ; ces parties étaient frappées d'une forte inflammation, ou plutôt d'une brûlure présentant les caractères du premier et du deuxième degré ; l'épiderme, vis-à-vis l'épaule et la région dorsale, était enlevé, et dans cet endroit le derme avait une couleur noirâtre ; partout ailleurs on observait des petites taches noires semblables à celles des ustions faites par la poudre à canon ; la partie interne de la jambe droite, jusqu'à la partie poplitée, était dans le même état, et tout le poil, dans ces diverses parties, était grillé.

Le pouls était petit, intermittent, convulsif et souvent imperceptible. La respiration convulsive, irrégulière, souvent comme suspendue. Une grande respiration était suivie d'une petite, et en sens inverse ; il semblait parfois que le malade avait cessé de respirer. Tous les muscles du corps étaient dans des convulsions continuelles, les tendons sans cesse en soubresaut.

Une douleur très-vive, oppressive, se faisait ressentir au-dessus de l'épigastre ; y ayant porté la main, je reconnus

bien distinctement les mouvements du diaphragme. Il me fut impossible d'observer les mouvements du cœur, vu la sensibilité de la peau dans cette partie.

Tout l'abdomen était douloureux. La douleur me parut avoir son siége dans tout le canal digestif, à cause du mouvement vermiculaire que je crus reconnaître dans ce canal : mais une douleur bien plus vive se faisait ressentir du côté gauche, dans le trajet du cordon des vaisseaux spermatiques jusqu'au testicule; celui-ci avait le double de son volume ordinaire, et était fortement rétracté vers l'anneau; je crus reconnaître le cordon dur et tendu; enfin tous les muscles du corps me parurent dans une excitation extraordinaire.

En présence d'un cas semblable, si majeur et si nouveau pour moi, ne pouvant être assisté d'aucun confrère, à cause de l'éloignement, de la nuit et du mauvais temps, j'établis ainsi ma médication : Je rappelai à ma mémoire la propriété de certains corps sur le fluide électrique, et entre autres l'eau qui, excellent conducteur de ce fluide, en est encore un absorbant ou dissolvant, si on peut s'exprimer ainsi. Je fis donc soudain préparer un bain au malade, où il resta deux heures. Je lui fis prendre dans le bain quelques gouttes d'éther sulfurique, étendu dans un verre d'eau sucrée.

Ces moyens produisirent sur son état un bien sensible ; le pouls, la respiration se régularisèrent. A la sortie du bain je lui pratiquai une saignée de douze onces environ; je fis recouvrir ensuite toutes les parties brûlées et enflammées de pulpe de pommes de terre crues, (premier moyen qui se trouva sous ma main), et l'abdomen d'émollients. Enfin, pour calmer la soif qui dévorait le malade, j'ordonnai de l'eau de chiendent édulcorée, et une potion opiacée.

Le malade passa une nuit agitée : le peu de sommeil

qu'il aurait pu goûter était toujours interrompu par les convulsions fort vives et une chaleur intolérable. Ce qui l'inquiétait encore, disait-il, c'est qu'il n'avait aucune envie d'uriner, tandis que sa coutume était de ne pas rester si long-temps sans exercer cette fonction.

Le 7, nouvelle saignée, bain de trois heures.

L'épiderme s'est détaché de toutes les parties brûlées, dès qu'on a eu enlevé la pulpe des pommes de terre ; il résulta de cette chute de l'épiderme une vaste plaie qui occasionna la plus vive cuisson. Du coton cardé, appliqué sur cette large plaie, calma beaucoup ce sentiment pénible. Les convulsions et la chaleur éprouvèrent peu d'amendement. (Eau de chiendent nitrée, potion opiacée et éthérée, émollients sur l'abdomen.)

Le 8, amendement peu sensible, la plaie était en grande suppuration ; (mêmes moyens, et sirop d'orgeat avec le lait.)

Les 9 et 10, peu d'amendement; le malade paraît si faible, que les bains sont suspendus pendant ces deux jours; du reste mêmes moyens.

Le 11, le malade ressent de la raideur dans le corps ; les convulsions et la chaleur deviennent plus fortes, tout fait craindre le tétanos. Nouvelle *saignée*, bain de trois heures, où le malade éprouve un grand soulagement. Tous les signes nerveux se dissipent. Le soir il fait une selle pour la première fois ; (même médication.)

Le 12, les convulsions internes n'étaient plus inquiétantes, non plus que la chaleur; cependant, le malade éprouvait des élancements si vifs qu'il semblait, disait-il, qu'on lui traversait le corps avec un fleuret. Il ressent aussi toute la sensation d'une espèce de boule qui lui parcourt tout le côté gauche du corps avec une grande rapidité, particulièrement sur le trajet du nerf sciatique, et s'arrête au pied.

C'est surtout quand on le levait, soit pour le mettre au bain, soit pour d'autres besoins, qu'il ressentait cette boule; l'extrémité inférieure gauche lui paraissait paralysée; (mêmes moyens.)

Le 13, le malade était beaucoup mieux, le testicule gauche se rapprochait de sa grosseur normale, le cordon ne paraissait plus tendu, (même traitement); de plus, aspersion d'eau de Goulard sur la plaie qui commençait à sécher.

Les 14, 15 et 16, le malade éprouva un grand soulagement; il prit un peu de potage au riz. Tisane avec l'eau d'orge et le sirop d'orgeat. Usage du lait, mais surtout continuation des bains ordinaires, de deux à trois heures de durée.

Jusqu'au 20 septembre, le malade a toujours été de mieux en mieux. Les convulsions et la chaleur ont presque entièrement disparu. La plaie a fait des progrès vers la cicatrisation. Le malade a toujours continué l'eau d'orge, le sirop d'orgeat, le lait et tous les bains, ainsi que le coton sur la plaie, jusqu'au 30, époque où il a été complètement guéri.

Le malade dont parle M. Gabard a été conduit par lui à la Société de médecine, dans la séance du 14 de ce mois. Il a présenté la chemise qu'il avait au moment de l'événement. Dans la partie postérieure et supérieure de ce vêtement existe un trou à passer les deux doigts, dont la circonférence est frangée et noirâtre, comme cela arrive dans les brûlures de la toile. Dans plusieurs endroits cette chemise est seulement noircie. Les deux gilets brûlés par le feu du ciel ne sont pas reproduits : Trille dit que le gilet de dessus, et qui n'avait pas de manches, était en gros drap, et celui de dessous en coton.

S'étant ensuite déshabillé, il a fait voir à l'assemblée,

depuis le dessous de l'*acromion* du côté gauche, sur tout le même côté du torse, et le long de la cuisse gauche jusqu'aux environs du genou, la cicatrice récente d'une large plaie qui, dans les endroits correspondants à l'omoplate et à la dixième côte, intéressait un peu le derme, tandis que dans le reste de son étendue elle paraissait n'avoir endommagé que l'épiderme. Cette cicatrice rougeâtre offre absolument l'aspect de celle qu'aurait produite le passage d'un cautère transcurrent. — Il n'y a dans aucun lieu adhérence de cicatrice aux tissus sous-jacents. Trille ayant été interrogé par M. le président, la Société a reçu de lui-même la confirmation suivante, qu'il n'avait jamais perdu connaissance pendant les diverses périodes de l'accident, et que son intelligence n'avait jamais été troublée. Il continue ensuite, en disant qu'il ne souffre plus de rien d'une manière forte, mais que seulement il éprouve une légère douleur sourde dans tout le *côté gauche* qui a été atteint, et dans le *bras droit*, avec lequel il ne peut plus porter un fardeau tant soit peu lourd. Tout le côté droit du corps, ajoute-t-il en finissant, est considérablement plus faible que l'autre, quoique n'ayant été que très-peu touché par la foudre. Il n'éprouve pas des palpitations de cœur, mais il ressent, quand il monte des escaliers ou qu'il marche trop vite, une gêne profonde, suivie d'essoufflement.

(*Note du comité de rédaction.*)

Bulletin de thérapeutique (Novembre 1836).

Note sur une préparation de noix de galle, employée à l'hôpital de L'Ourcine; par M. Boutigny, pharmacien à Paris. — Cette préparation est connue à l'hôpital de l'Ourcine,

sous le nom de *teinture alcoolique, concentrée et aromatique de noix de galle*. On l'obtient en traitant par de l'eau de Cologne le décocté aqueux de noix de galle, amené à la consistance sirupeuse par une longue évaporation, mais avec l'attention de n'ajouter d'eau de Cologne que la quantité strictement nécessaire, pour n'obtenir qu'un poids de liqueur égal au poids de noix de galle dont on s'est servi. Employée à l'Ourcine, en petite quantité d'abord et à titre d'essai seulement, cette teinture ne tarda pas à justifier les assertions de son auteur, qui l'avait préconisée et présentée comme un remède souverain dans les affections leucorrhéiques. Maintenant, son usage y est en quelque sorte général; et chaque jour elle est prescrite, et aux malades de l'intérieur de l'hôpital, et à celles du dehors qui y viennent consulter. On s'en sert en injection mêlée à sept ou huit parties d'eau.

Non-seulement, dit M. le docteur Gibert, médecin de cet hôpital, c'est un médicament excellent dont je fais faire usage avec un avantage marqué dans la plupart des écoulements vaginaux et des leucorrhées chroniques, mais c'est surtout dans certaines affections du col utérin que je le trouve précieux : aucun moyen que je sache ne déterge ni ne modifie plus avantageusement les ulcérations qui se développent sur cette partie. Lorsqu'on sait que c'est dans le service de M. Gibert qu'on l'a primitivement essayé, que c'est encore dans son service qu'on en multiplie l'usage, l'opinion de ce médecin sur le mérite de ce médicament nous paraît devoir être d'un grand poids. Quant à nous, nous pouvons assurer que nous avons vu disparaître plusieurs affections de l'appareil générateur par l'emploi méthodique que savait faire de cette préparation cet honorable et savant praticien.

Mais déjà cette teinture a franchi l'enceinte de l'Ourcine;

déjà elle a été prescrite à plusieurs malades et demandée dans quelques pharmacies; et peut-être, enfin, est-elle destinée à venir augmenter le nombre de nos préparations officinales. Le procédé d'abord indiqué par l'auteur, et que nous avons en commençant brièvement rapporté, ne pourrait être généralement suivi par tous les pharmaciens, car il donne une teinture sur l'identité de laquelle on ne peut compter. Il y a plus, cette teinture n'a pas même toute l'énergie qu'elle devrait avoir et que peut lui donner un mode de préparation plus rationnel, énergie dont cependant la croit probablement douée son auteur. Que se propose-t-il, en effet, lorsqu'il cherche à ne retenir qu'un poids de teinture exactement égal au poids de la noix de galle qu'il emploie, si ce n'est de représenter par une quantité quelconque de teinture une même quantité de noix de galle, ou, en d'autres termes, de faire passer dans une livre de teinture, par exemple, toutes les propriétés médicales renfermées dans une livre de noix de galle? C'est une heureuse idée, sans doute, mais qu'il n'a qu'en partie réalisée : une livre de sa teinture ne possède pas toutes les propriétés d'une livre de noix de galle; c'est un fait dont il est très-facile de se convaincre. Rappelons en outre qu'elle n'est pas toujours semblable à elle-même, et qu'aujourd'hui très-âpre et très-astringente, demain elle le sera beaucoup moins. Quelques améliorations, il est vrai, ont été apportées par M. le docteur Foy, pharmacien en chef de l'Ourcine, à la confection de cette teinture (1); mais néanmoins, quoique plus rationnellement préparée, elle se ressent encore de la modification désavantageuse que lui fait éprouver le vice radical du procédé de l'auteur.

Ce vice radical, c'est l'ébullition. Si, pour extraire les

(1) Voyez *Bulletin général de Thérapeutique*, t. XI, p. 37.

principes actifs des parties dures des végétaux, telles que les tiges, les racines, etc., la décoction est quelquefois plus avantageuse que l'infusion ou la macération, proposition même aujourd'hui fortement contestée, elle doit être rejetée lorsqu'elle s'adresse à la noix de galle.

Lorsque, par de l'alcool à 33 ou 34 degrés, et à l'aide d'un appareil à déplacement, on enlève à la noix de galle pulvérisée tous ses principes solubles dans ce liquide, et qu'ensuite on évapore tout l'alcool au bain-marie, on obtient un extrait dont la couleur et la consistance rappellent la térébenthine commune : le poids en est un peu plus élevé que celui de la moitié de la noix de galle. Délayé dans deux ou trois fois son volume d'eau, il s'y dissout, moins cependant quelques parties qui, tenues en suspension dans la liqueur, la troublent et la rendent laiteuse; mais on obtient le soluté fort limpide par la filtration au papier. On trouve sur celui-ci une matière verte, qui nous a représenté tous les caractères qu'on assigne à la chlorophyle : il est très-probable que c'est la même substance que M. Laubert, dans son analyse de la noix de galle, a, le premier, désignée sous le nom de *matière verte.* Le soluté ainsi filtré, mis à évaporer sur un feu modéré jusqu'à concentration sirupeuse, puis ensuite au bain-marie jusqu'à siccité, laisse un *extrait* translucide, de couleur ambrée, d'une saveur âpre, amère et extraordinairement astringente.

Si cette même noix de galle, bien épuisée par l'alcool, est ensuite traitée par l'eau froide, dans le même appareil à déplacement, on obtiendra, par l'évaporation de cette eau, un *extrait* brun, gommeux et peu sapide.

Enfin, si, après cette opération par l'eau froide, on met cette noix de galle avec quatre ou cinq fois son poids d'eau dans une vaste capsule de porcelaine, et qu'on soutienne l'ébullition pendant une demi-heure, on aura un *décocté*

blanchâtre, qui, refroidi, passe avec lenteur à travers un filtre de papier, et qui prend tout-à-coup une couleur bleue très-foncée par l'addition de la teinture d'iode; ce caractère indique, comme on sait, la présence de l'amidon. Nous ne connaissons aucune analyse de noix de galle où la présence de ce corps ait été signalée.

Voilà donc, bien isolés, trois produits d'une nature différente, et qui, pendant une décoction aqueuse de noix de galle, se trouvent nécessairement en présence dans le liquide. Examinons quels phénomènes ils y font naître.

Pour être plus facilement compris dans les faits qui vont suivre, nous attacherons un numéro différent à chacun de ces produits; à l'extrait alcoolique n° 1, à l'extrait aqueux n° 2, au décocté dans lequel l'iode décèle l'amidon, n° 3.

Si l'on fait dissoudre un gros de l'extrait alcoolique n° 1, dans huit onces d'eau distillée, et que, dans ce soluté, qui est très-clair, on ajoute huit onces du décocté n° 3, filtré, le mélange se trouble et prend un aspect blanchâtre; peu de temps après, la liqueur s'est éclaircie, et l'on trouve au fond du vase un précipité jaune sale assez abondant; la chaleur fait disparaître ce précipité, qui se dissout dans la liqueur; mais il reparaît ensuite peu à peu, à mesure qu'elle se refroidit. Filtrée froide, cette liqueur, dont le poids égale une livre, n'a pas une saveur astringente aussi forte que celle d'une livre d'eau distillée qui tient aussi en solution un gros du même extrait alcoolique n° 1.

L'addition du décocté n° 3 dans un soluté, filtré, de l'extrait aqueux n° 2, y produit un peu de trouble et un précipité léger; celle d'un soluté gélatineux y produit le même effet. Nous pensons cependant que, si nous avions pu obtenir cet extrait tout-à-fait privé du principe astringent qui

domine dans le premier, ni l'amidon, ni la gélatine ne troubleraient la transparence de son soluté.

Deux solutés parfaitement clairs, composés, l'un de huit onces d'eau distillée et d'un gros de l'extrait alcoolique n° 1, l'autre également de huit onces d'eau distillée et d'un gros de l'extrait aqueux n° 2, forment par leur mélange un liquide qui, lui-même aussi, est parfaitement clair; mais, par l'addition d'une livre du décocté n° 3, il devient trouble et laiteux, et le précipité très-abondant.

Un simple décocté d'amidon, contenant une partie de cette substance et cent parties d'eau distillée, produit dans un soluté aqueux de l'extrait alcoolique n° 1 les mêmes phénomènes que notre décocté n° 3. Ainsi cette expérience vient fortifier cette opinion que font naître tout naturellement les expériences précédentes, qu'une combinaison a lieu entre l'amidon et un ou plusieurs principes de la noix de galle. Mais avec quels principes se combine l'amidon? est-ce avec le tannin? est-ce avec l'acide gallique? est-ce avec ces deux corps simultanément? Déjà l'affaiblissement de la propriété astringente, qu'éprouve le soluté aqueux de notre extrait alcoolique n° 1, nous avait fait pressentir que ce pouvait bien être le tannin seul; mais il nous fallait quelque chose de plus positif pour réaliser nos soupçons, il nous fallait une expérience concluante. Celle-ci nous paraît l'être. Nous avons fait dissoudre douze grains de tannin pur dans huit ou dix onces d'eau distillée; nous y avons ensuite délayé deux gros d'amidon, et ce mélange, mis dans une capsule de porcelaine, a été placé sur le feu. Il était alors très-astringent; mais, après quelques instants d'ébullition, il avait perdu cette propriété. Nous continuâmes l'ébullition jusqu'à ce qu'il eût acquis la consistance d'un mucilage épais, en ayant soin de l'agiter continuellement; puis ensuite nous l'étendîmes sur des plaques de

verre que nous portâmes à l'étuve. Sec, il s'offrit sous forme de lamelles verdâtres, foliacées et coriaces, assez semblables, pour l'aspect et la texture, à certaines algues membraniformes desséchées. Réduit en poudre fine et soumis à l'action de l'alcool, ce liquide évaporé n'a laissé que quelques atomes d'une matière verdâtre et pulvérulente, laquelle n'était pas du tannin.

Ajoutons que l'acide gallique ne trouble pas le décocté d'amidon, et que le mucilage de gomme arabique, ainsi que celui des semences de lin, de coings et de psyllium n'exercent aucune action sur le tannin, ni sur l'extrait alcoolique de noix de galle.

D'après tous ces résultats, nous croyons pouvoir conclure:

1° Que l'amidon se combine avec le tannin, et que de cette combinaison résulte un corps nouveau, soluble dans l'eau bouillante, peu soluble dans l'eau froide et insoluble dans l'alcool;

2° Que la noix de galle contient de l'amidon;

3° Que l'eau dans laquelle on fait bouillir la noix de galle, dissolvant en même temps de l'amidon et du tannin, la combinaison qui s'opère alors entre ces deux corps affaiblit la propriété astringente du liquide;

4° Que la décoction appliquée à la noix de galle est une opération vicieuse.

Maintenant on devine aisément que, si nous proposions un procédé pour préparer la teinture alcoolique, concentrée et aromatique de l'Ourcine, le traitement direct de la noix de galle par l'alcool en serait la base fondamentale. Cela est vrai; nous regardons ce mode de préparation comme étant le plus simple et le plus rationnel, et comme étant aussi le plus avantageux sous le rapport de la supériorité du produit. On va voir par le procédé que nous allons in-

diquer, et qui est celui que nous suivons depuis quelque temps, qu'il est peut-être aussi le plus économique.

Nous introduisons huit livres de poudre grossière de noix de galle dans un assez grand appareil à déplacement. Celui dont nous nous servons n'a pas été fait exprès pour cette opération, mais pour la préparation de la cantharidine. C'est tout simplement un cylindre creux en zinc, de trois pieds de hauteur, de quatre pouces de diamètre, infundibuliforme inférieurement, et là muni d'un robinet. Intérieurement, un peu au-dessus de ce robinet, s'appuie un diaphragme mobile, percé d'une multitude de petits trous; c'est sur lui que doit reposer la poudre renfermée dans le cylindre; enfin, un bouchon de liége, fin et bien fait, ferme assez hermétiquement l'ouverture supérieure de cet appareil. Nous y mettons donc huit livres de poudre grossière de noix de galle; nous la tassons légèrement, nous en recouvrons ensuite la surface d'une lamelle cribleuse en zinc, d'un diamètre égal au diamètre intérieur du cylindre, et nous versons dessus cinq litres d'alcool à 33°. Ce liquide pénètre la masse couche par couche, successivement, et va gagner la partie inférieure de l'appareil par où il tend à s'échapper; mais alors on ferme le robinet; on ferme aussi avec son bouchon de liége l'ouverture supérieure, et, pendant trois ou quatre jours, nous laissons dans l'appareil la poudre en contact avec l'alcool. Après ce temps, nous ouvrons le robinet, et l'alcool s'écoule. Nous faisons sur la poudre une seconde addition d'alcool qui s'écoule aussi, puis une troisième, puis une quatrième, et ainsi de même jusqu'à ce que l'alcool n'enlève plus rien à la poudre qu'il traverse. Alors ce n'est plus de l'alcool que nous ajoutons, c'est cinq ou six litres d'eau, laquelle déplace et chasse au-dessous d'elle l'alcool que retient la poudre : nous fermons le robinet dès que le liquide sort brun et peu alcoolique.

Quinze litres d'alcool suffisent pour épuiser huit livres de poudre de noix de galle; jamais nous n'en employons davantage.

L'écoulement de l'alcool par l'extrémité inférieure de l'appareil doit toujours être très-lent; et, s'il arrivait que ce liquide voulût passer avec trop de rapidité, il faudrait le réprimer en lui rétrécissant le passage, à l'aide du robinet. Néanmoins, il est une période de l'opération pendant laquelle il est plus avantageux de laisser le robinet largement ouvert, c'est celle du déplacement de l'alcool par l'eau.

L'épuisement par l'alcool étant terminé, nous réunissons tout ce liquide dans le bain-marie d'un alambic, et nous le distillons. Remarquons que la distillation nous permet d'en recueillir de quatorze à quatorze litres un quart, et que par conséquent la totalité de la perte de l'alcool, pendant le cours de l'opération, ne s'élève pas au-delà d'un litre. Reste dans le bain-marie, après la distillation, un extrait d'un aspect de térébenthine commune, ainsi que déjà nous l'avons dit, dont le poids ordinaire varie entre quatre livres et demie et quatre livres douze onces. Sur cet extrait encore chaud nous versons quatre livres d'alcool, qui le dissout assez rapidement; et, dès que cette solution est opérée, nous ajoutons :

Essence de bergamotte. de cédrat. . . de citron. . .	āā.	℥ ß.
de lavande. . de thym. . . de romarin. .	āā.	ʒ j.
Teinture alcoolique de benjoin.		℥ j.

Nous agitons fortement ce soluté aromatique; nous le laissons ensuite refroidir en repos, puis nous le filtrons au

papier. Cette dernière opération se fait très-lentement à cause d'une assez grande quantité de matière verte qui se dépose sur les parois du filtre et en obstrue les pores. Totalement terminée, elle fournit de huit livres à huit livres trois onces d'une liqueur brune, limpide, agréablement aromatique, et donnant 19 ou 20° de densité à l'aréomètre de Baumé. Cette liqueur est la *teinture alcoolique, concentrée et aromatique de noix de galle*; dénomination, selon nous, trop longue, à laquelle nous substituons celle plus brève d'*alcoolé tannique*, qui est plus en harmonie avec la nomenclature nouvelle, et qui a l'avantage de faire connaître la nature du médicament, en rappelant à l'esprit le nom de ses deux principaux agents, l'alcool et le tannin.

Journal hebdomadaire (Décembre 1836).

Mémoire sur quelques-uns des accidents cérébraux produits par les préparations saturnines; par le docteur Grisolle, chef de clinique de la Faculté de l'Hôtel-Dieu, membre de la Société médicale d'observation, etc. (Troisième article(1)). — On a pu se convaincre, en lisant les observations précédentes, que le plomb, en portant son action sur l'encéphale, ne détermine pas dans tous les cas des troubles fonctionnels identiques. On observe, en effet, tantôt un délire furieux (observ. première), tantôt c'est un trouble de l'intelligence qui offre presque la même expression que celui qu'on rencontre dans certaines folies (observ. deuxième); dans quelques cas la maladie se révèle brusquement par des mouvements désordonnés, par de véritables convul-

(1) Les deux premiers articles sont consacrés aux observations particulières. (*N. du R.*)

sions (observ. troisième et quatrième); enfin, chez d'autres, on observe un assoupissement, un affaissement général de toutes les facultés intellectuelles (observ. cinquième), une diminution dans la sensibilité générale, la perte d'un ou de plusieurs sens, enfin un coma qui peut aller jusqu'au carus le plus profond. Il est rare que la maladie revête définitivement l'une de ces formes pendant toute sa durée, le plus souvent elles se succèdent les unes aux autres : cette transition se fait irrégulièrement ; c'est ainsi que le délire, les convulsions, le coma, peuvent indistinctement commencer ou terminer la maladie. On n'observe donc pas, pour les accidents saturnins, la marche ordinaire qu'affectent la plupart des affections aiguës du cerveau, qui offrent dans leur première période une exaltation des sens à laquelle succède bientôt un trouble particulier du système locomoteur, et enfin l'abolition des sens, la paralysie, le coma, qui caractérisent la troisième et dernière période.

Ne pouvant donc point embrasser, dans une même description, tous les troubles fonctionnels sous lesquels se trahit à nous l'action délétère que le plomb exerce sur le cerveau, j'établirai les divisions suivantes: 1° Forme délirante, 2° convulsive ou épileptique, 3° comateuse.

1° *Forme délirante.*

Elle a existé sept fois dans les vingt-neuf observations que j'analyse. Chez ces sept malades, le délire a marqué l'invasion de l'affection et a même été le symptôme prédominant pendant toute sa durée; l'intensité des coliques saturnines, leur persistance au-delà de leur terme ordinaire, et, à plus forte raison, leur augmentation subite, ont paru être chez quatre malades les seules circonstances qui ont provoqué l'explosion du délire, ou coïncidé du moins avec son déve-

loppement. La maladie néanmoins peut survenir dans certains cas sans cause appréciable : c'est ainsi que chez trois malades le délire s'est déclaré spontanément, lorsque, les douleurs abdominales ayant tout-à-fait cessé, les selles s'étaient rétablies, l'appétit avait reparu, et lorsque tout enfin faisait espérer une convalescence franche et régulière. Il est évident, d'après cela, qu'on ne peut considérer le délire comme un effet purement sympathique des souffrances abdominales; il est probable cependant que, dans les cas où une douleur atroce existe, celle-ci, par l'exaltation cérébrale qu'elle détermine, invite pour ainsi dire le plomb à porter son action délétère sur le système nerveux central. Il y a donc ici affection idiopatique, et ce serait à tort qu'on voudrait assimiler le délire qui survient dans ces circonstances à celui qu'on observe après les opérations douloureuses, les blessures graves, etc., délire que notre illustre Dupuytren a étudié et décrit avec soin, mais qu'il a peut-être eu tort de confondre avec le *delirium tremens*.

Les prodromes ordinaires de la forme délirante sont : une céphalalgie variable en intensité, des vertiges et une accélération du pouls, phénomène insolite dans la colique de plomb; enfin le trouble des fonctions intellectuelles, qui survient chez les individus épuisés par la douleur de la colique saturnine, pourra être précédé d'un état d'accablement, d'affaissement et de décomposition dans les traits, qui sera d'un fâcheux augure.

Le délire varie beaucoup, quant à la forme; on peut dire néanmoins que dans les deux tiers des cas ce délire est furieux, frénétique. Les malades jurent, crient, vocifèrent, mettent en pièces leurs vêtements, rompent les liens qui les retiennent dans leur lit, courent dans les salles, b ttent sans motifs les personnes qu'ils trouvent sur leur passage; enfin on en a vu qui, peut-être par suite de

quelque hallucination, se sont donné la mort en se précipitant d'un étage plus ou moins élevé. Un fait de ce genre a été publié par mon ami, le docteur Rufz, dans le compte rendu de la clinique de M. Rullier. Il s'agit d'un ex-cent-suisse de Charles X, d'une constitution athlétique, âgé de 30 ans, qui, après un séjour de six mois dans une fabrique de céruse, contracta une colique de plomb simple; on le traita par la méthode de la Charité, et au septième jour on le croyait guéri et prêt à sortir, lorsqu'on apprit qu'il s'était promené la nuit et avait voulu éteindre les lumières de la salle; mais le malade prétendit le lendemain que la lumière l'empêchait de dormir, et cette explication parut assez sensée. La nuit suivante, il se leva de nouveau, cria, gesticula, frappa les infirmiers, enfin il se jeta par la fenêtre, se fit plusieurs fractures et succomba deux jours après. A l'autopsie, le cerveau, la moelle épinière et leurs enveloppes, ainsi que le tube digestif, furent trouvés sans altération appréciable.

Le délire est continu ou intermittent. Dans les trois quarts des cas, il affecte la forme continue, mais il présente des exacerbations irrégulières. Celles-ci n'arrivent pas toujours le soir ou la nuit, comme on l'observe communément pour le délire qui accompagne les paroxismes fébriles. Le trouble de l'intelligence n'est pas toujours complet, universel; on peut de temps en temps obtenir des malades quelques réponses assez justes aux questions qu'on leur adresse; ils peuvent rendre compte des sensations douloureuses qu'ils éprouvent; mais lorsque le paroxisme survient, il y a un trouble profond dans toutes les fonctions cérébrales : les idées sont incohérentes, le malade pousse des cris perçants, il a les yeux hagards, il a des accès de fureur tels, qu'il se précipite sur les personnes qui l'entourent; d'autres fois il a des frayeurs, des visions, des hallucinations. Chez quel-

ques individus, ces troubles profonds cessent progressivement, ou bien le malade s'endort, et à son réveil on le trouve tout-à-fait raisonnable. Il peut rester dans cet état satisfaisant pendant plusieurs heures et quelquefois même pendant plusieurs jours, puis, sans cause connue, les mêmes troubles nerveux recommencent.

Le délire peut s'accompagner d'un accident qui effraie beaucoup les malades, lorsqu'il persiste encore pendant les intervalles lucides. Je veux parler de l'amaurose dont l'invasion subite mérite d'être notée par nous. Ce symptôme a existé deux fois dans les sept observations que j'analyse actuellement, et, dans ces deux cas, l'amaurose a persisté quelque temps après que ce délire avait cessé.

Des sept malades chez lesquels l'affection saturnine a revêtu la forme délirante, quatre ont succombé; savoir : deux à des accès d'épilepsie devenus sub-intrans; chez un troisième, le délire persista jusqu'à la terminaison fatale; enfin, chez le dernier malade (c'est celui dont parle M. Rufz), la mort fut le résultat probable de la chute que fit ce malheureux d'un étage élevé. Des trois malades qui ont guéri, un seul a présenté pendant le délire quelques mouvements convulsifs; d'ailleurs, lorsque ceux-ci se déclarent, ils doivent être regardés comme aggravant beaucoup le pronostic.

Les individus qui ont contracté plusieurs fois la colique peuvent être affectés d'une sorte de délire, d'un dérangement des facultés intellectuelles, qui les assimile à de véritables aliénés. Stoll (*Médecine pratique*) a signalé l'aspect particulier qu'offre la physionomie de ces individus. Se fiant sans doute à des souvenirs, et non à des faits analysés et comptés, ce grand médecin semblait regarder l'expression de la physionomie dont je parle comme très-ordinaire chez les ouvriers exposés aux émanations saturnines. « J'ai remarqué, dit-il, dans tous ceux qui travaillent le plomb, un

état de la figure et des yeux que je ne saurais décrire, différent de celui qu'ont les hommes qui jouissent de leur bon sens, qui, chez quelques-uns, est vraiment celui des maniaques. » J'ai prouvé dans ma thèse (art. troisième) que les ouvriers exposés aux émanations du plomb maigrissent, que leur teint devient pâle, blême, quelquefois jaunâtre; mais jamais leur facies ne m'a offert l'aspect que Stoll dit avoir observé si souvent. D'ailleurs, l'espèce de délire qu'on a vu chez le sujet de la seconde observation est le seul exemple que je possède. Cette forme de l'affection cérébrale saturnine est la plus rare de toutes, s'il faut s'en rapporter à la déclaration que m'ont faite plusieurs directeurs de fabriques de céruse, qui ne l'ont jamais observée dans leurs établissements.

2° *Forme convulsive ou épileptique.*

La forme convulsive est la plus fréquente et la plus grave de toutes, puisque sur quinze malades qui l'ont présentée, onze ont succombé. Chez six, les convulsions furent le premier symptôme qui se déclara, leur invasion fut brusque et tout-à-fait inattendue; chez quatre malades on observa, quelques heures ou un jour avant l'attaque, un peu d'agitation, une douleur frontale médiocre; chez quatre autres, l'épilepsie fut précédée trois fois d'amaurose, et une fois de perte subite, instantanée de connaissance, sans mouvements convulsifs ni raideur d'aucun muscle. Toutes les fois qu'il m'a été possible d'interroger les malades sur les sensations qu'ils ont éprouvées avant leur attaque, je n'ai jamais pu constater chez aucun d'eux l'existence d'une *aura epileptica*, phénomène d'ailleurs que je regarde comme excessivement rare dans les épilepsies essentielles. La forme de l'attaque varie suivant les cas; les malades n'éprouvent quelquefois au début qu'un simple vertige épileptique. Ce

fait a été noté deux fois seulement. Lorsque la maladie revêt cette forme, on voit les individus tomber subitement privés de connaissance, la sensibilité générale est abolie, les yeux sont fixes, on n'observe aucune convulsion. Cet état diffère pourtant du simple vertige épileptique par sa durée plus grande. Il persiste en effet, le plus souvent, pendant plusieurs heures, tandis que dans le vertige épileptique ordinaire, cet état d'anéantissement des facultés cérébrales disparaît après une ou deux minutes seulement. Dans les cas que j'étudie actuellement, lorsque les malades reprennent connaissance, ils ne jouissent pas immédiatement de la plénitude de leurs facultés intellectuelles, ils ne se rappellent ni leur attaque, ni souvent les circonstances qui l'ont précédée; leur physionomie porte l'empreinte d'une stupeur profonde, leurs membres sont tremblants, ils chancellent s'ils sont debout, et ne saisissent les objets extérieurs qu'avec hésitation; leurs idées sont confuses; leur parole est lente, embarrassée; bientôt, c'est-à-dire après huit ou dix minutes, une ou plusieurs heures, une attaque nouvelle se déclare; celle-ci s'accompagne ordinairement de mouvements convulsifs; on voit alors la figure du malade s'injecter tout-à-coup, puis, et en un instant presque indivisible, la couleur rouge est remplacée par la pâleur de la mort. Si l'individu est debout, il tombe à la renverse comme une masse inerte; insensible à tous les excitants extérieurs. Aussitôt tout son corps se raidit, les membres, les supérieurs surtout, éprouvent de légères secousses; on n'observe pas généralement des mouvements désordonnés qui poussent les malades hors du lit où ils reposent. Ordinairement la raideur, quelquefois presque tétanique, prédomine dans un côté; alors l'on voit la face horriblement défigurée, les commissures sont fortement tirées à droite ou à gauche, les paupières sont fermées ou

largement ouvertes, les yeux fixes ou roulants; toutes ces parties sont agitées de petits mouvements convulsifs; la langue, dans la moitié des cas, saisie entre les dents, est déchirée; une salive écumeuse, très-rarement sanguinolente (je ne l'ai jamais vue), inonde les lèvres, en même temps que le gonflement des veines du cou et la turgescence violacée de la face viennent augmenter encore l'horreur d'un pareil tableau. Pendant que ces phénomènes existent, la respiration est courte et pénible; elle devient bruyante, stertoreuse, lorsque la résolution arrive. Alors la pâleur remplace la teinte violacée de la face, la peau se couvre de sueur, les membres sont dans une résolution complète, les pupilles sont largement dilatées, la sensibilité générale continue d'être abolie; mais l'attaque est terminée après une durée moyenne de quelques minutes seulement. Quant à la marche ultérieure de l'affection, elle varie suivant les cas. Sur plus de la moitié des malades, après quatre ou dix minutes, la sensibilité revient progressivement, l'intelligence reste obtuse, mais le malade néanmoins est susceptible de percevoir quelques sensations, il peut fournir quelques renseignements; mais communément il exprime mal ses pensées, il bredouille souvent des mots inintelligibles. L'un de ceux dont j'ai recueilli l'histoire, en sortant du sommeil léthargique qui accompagne l'attaque, pousse des cris affreux; il veut se lever, mordre et battre les personnes qui l'entourent; il a, en un mot, l'aspect d'un maniaque en fureur. Un autre malade se livre à des pensées tristes: il croit avoir perdu sa femme et ses enfants, être voué à une mort certaine; mais cette agitation furibonde, ces pensées tristes cessent après quelques minutes, ou, au plus tard, après quelques heures, et sont remplacées par une nouvelle attaque d'épilepsie ordinairement plus intense que la première. Alors les attaques se rapprochent de plus

en plus, deviennent presque sub-intrantes, continues, lorsque la maladie doit avoir une terminaison fâcheuse ; et dans leurs intervalles, qui sont fort courts, les malades ne recouvrent pas leur intelligence, mais restent plongés dans un état comateux et une insensibilité absolue.

Dans quelques cas peu fréquents (une fois sur six), les convulsions sont irrégulières et difficiles à caractériser; c'est ce qui a fait dire à M. Stoll (*Médecine pratique*, t. Ier) que presque tous les genres de convulsions ont lieu dans la colique saturnine ; mais principalement la plus grave de toutes, et qui attaque tout le corps, l'épilepsie qui saisit, quitte, reprend les malades dans tous les temps et lorsqu'ils y pensent le moins. La forme convulsive peut être irrégulière dès le début, ou le devenir après des attaques d'épilepsie souvent répétées ; dans ces cas, ces convulsions sont partielles, affectent la face entière, ou l'un de ses côtés seulement ; un ou plusieurs membres sont à la fois frappés de contracture permanente, persistant sans interruption trois, quatre, six heures et plus jusqu'au terme total.

La mort arrive, tantôt après des phénomènes d'asphyxie, tantôt subitement, comme par une sorte de suspension de l'action nerveuse, tantôt sans convulsion et dans un état de coma qui peut persister de quelques heures à un jour. Stoll (*loc. cit.*) disait alors que ses malades *tombaient des convulsions en apoplexie*, qui, ajoute-t-il, se dissipe le plus ordinairement. Il en a vu périr deux seulement qui étaient entrés tout récemment à l'hôpital et n'avaient encore fait aucun remède. Mais Stoll me paraît avoir méconnu dans ces cas le véritable caractère de l'affection, et avoir porté un pronostic généralement trop favorable. Il faut, dans les convulsions épileptiques, distinguer deux états, comateux ou apoplectique, pour me servir de l'expression du célèbre professeur de Vienne. L'un succède aux accès convulsifs,

c'est leur terminaison ordinaire. Si la maladie doit avoir une issue favorable, ce coma n'est que passager, et je crois que Stoll n'a voulu désigner que cette espèce d'*apoplexie*; mais il en est un autre indépendant des convulsions, suite probable de l'affaissement du cerveau, de son défaut de réaction trop souvent répétés, et qui n'a d'autre terme que la mort des malades.

Les convulsions saturnines, si fatales à l'homme, ne le sont pas moins aux animaux domestiques qui fréquentent les ateliers. Les chiens et les chats meurent presque tous de convulsions : tantôt ils sont comme foudroyés et succombent presque instantanément, tantôt ils courent, et souvent, frappés de cécité, ils vont heurter contre les corps qui se trouvent sur leur passage. Leur course est interrompue de temps en temps par des mouvements convulsifs, au milieu desquels ils meurent. Ces accidents nerveux surviennent quelquefois après plusieurs jours de malaise, pendant lesquels l'animal est triste, abattu ; chez plusieurs, on a vu les symptômes cérébraux se déclarer après avoir bu dans les ruisseaux une eau blanchie par des molécules de carbonate de plomb tenues en suspension.

3° *Forme comateuse.*

La forme comateuse a existé chez cinq malades : l'un d'eux fut frappé par les accidents cérébraux au milieu d'une santé florissante en apparence ; les autres tombèrent dans l'état comateux pendant le cours d'une colique saturnine de peu d'intensité, et qui s'était plutôt amoindrie qu'aggravée. Nul phénomène précurseur n'a donné l'éveil sur l'imminence des accidents comateux qui allaient mettre en péril la vie des malades. Dans un seul cas, le malheureux ouvrier fut subitement frappé de cécité, tandis que dans les quatre autres cas, le coma se déclara le premier,

et fit place plus tard à des accidents de nature différente, mais constitua toujours l'affection principale. Le coma, du moins dans les premiers temps, n'est pas porté jusqu'au stertor ou au carus, le malade peut être encore sensible à quelques excitants extérieurs, on peut le tirer momentanément de cet état d'affaissement, il est possible quelquefois d'obtenir de lui, si non des renseignements précis, du moins quelques données sur ses sensations actuelles; mais, quant au passé, le souvenir en est perdu. Le pouls et la respiration sont sans fréquence, le malade reste ordinairement paisible dans son lit, il a l'aspect d'un homme profondément endormi. De temps en temps ce sommeil léthargique est interrompu par des cris, et plus souvent par des plaintes. Tantôt on observe un peu d'agitation : le malade se remue d'un côté ou d'autre, se lève à son séant, se met à genoux, et, dans ces divers mouvements, ses yeux sont fermés ou largement ouverts; mais dans ce dernier cas même il semble ne distinguer aucun objet extérieur; les pupilles sont larges ou médiocrement dilatées et ont peu de mobilité. Les conjonctives sont sans injection. La cessation de ces accidents se fait progressivement; ainsi l'amaurose cesse peu à peu, les malades fixent les personnes qui leur parlent sans leur répondre, puis ils répondent à certaines questions faciles, et souvent d'une manière incomplète, mais prouvant du moins qu'ils ont saisi en partie le sens des paroles qu'on leur a adressées. Peu à peu ils reconnaissent leurs parents, leurs amis; leurs facultés intellectuelles reprennent leur empire, mais néanmoins le malade n'a aucun souvenir de tout ce qui a eu lieu pendant l'attaque. Il croit se réveiller d'un sommeil profond; il est fatigué, et la première sensaition pénible qu'il éprouve est celle de la faim.

Ces trois formes primitives de l'affection cérébrale satur-

nine peuvent, comme je l'ai déjà dit, se combiner entre elles, se remplacer. Nous avons vu d'abord que relativement à leur fréquence on peut les classer ainsi : 1° forme convulsive, 2° délirante, 3° comateuse. Quant au mode de combinaison de ces accidents entre eux, il est impossible de rien indiquer de constant; toutefois on peut établir que quelle que soit la forme que la maladie revêt primitivement, dans les deux tiers des cas, néanmoins, les convulsions épileptiques se déclareront, soit au début, soit dans le cours de l'affection. Je puis même indiquer ici les convulsions comme constituant l'accident le plus formidable de tous, et celui qui entraîne le plus promptement les malades, surtout lorsqu'il se déclare chez des individus dont la puissance nerveuse est affaiblie, soit par le délire, soit par un état léthargique antérieur.

Durée. — La durée de la maladie varie suivant la forme des accidents. Le délire, s'il est intermittent, peut se prolonger sans entraîner la mort pendant quatre, six, neuf et dix-sept jours. Les attaques d'épilepsie peuvent se répéter à des intervalles plus ou moins rapprochés, depuis quelques minutes jusqu'à six et sept jours. Enfin, l'état comateux persiste le plus souvent de deux à dix jours.

Mais dans quelques cas, heureusement fort rares, la durée de l'affection est très-courte, car quelques heures, quelques minutes, quelques secondes même suffisent pour emporter les malades. Ceux-ci succombent alors, asphyxiés pour la plupart. M. le professeur Andral (*Clinique*, p. 135 et 138, t. IV) cite l'observation de deux malades qui, dans le cours d'une colique saturnine, furent frappés, l'un de symptômes convulsifs, et succomba dans l'espace de deux heures; l'autre fut pris, au quatrième jour du traitement, de râle trachéal, et mourut en quelques instants, dans une sorte d'état d'asphyxie. M. Louis (*Mémoire sur les morts su-*

bites, observation cinquième) parle d'un peintre en bâtiments, âgé de trente ans, ayant eu déjà une première colique saturnine avec paralysie des poignets, qui guérit complètement. Cet homme contracta une seconde fois la colique de plomb; on lui administra le traitement de la Charité, et il en éprouva un soulagement notable. On lui permit de prendre un bouillon, mais, peu après, en s'approchant de son lit, l'infirmier de service trouva ce malheureux étendu par terre; on le releva, mais il expira presque aussitôt. A l'autopsie, M. Louis ne rencontra aucune lésion capable d'expliquer la mort. Le célèbre observateur qui a rapporté ce fait s'est demandé si la chute a été produite par quelque convulsion, ou bien, le malade étant descendu du lit pour satisfaire un besoin, serait-il tombé à cause de sa faiblesse, et doit-on regarder la mort comme l'effet d'une commotion cérébrale? Cette opinion ne sera point admise lorsqu'on saura que M. Louis a vainement cherché des traces de contusion sur le crâne. Il est probable que dans ce cas il y a eu convulsion, ou tout au moins vertige épileptique, et la mort a eu lieu suivant un mécanisme qu'il serait difficile, pour ne pas dire impossible, d'indiquer ici (1).

Récidives. — Les accidents cérébraux que j'ai précédemment décrits sont sujets à récidiver, non-seulement lorsque les individus s'exposent de nouveau aux émanations saturnines, mais même lorsqu'ils sont soustraits depuis un temps assez long à l'influence délétère du plomb. Ainsi gardons-nous de croire qu'un convalescent a recouvré la santé dès

(1) Ce malade et celui de M. Andral, qui succomba en quelques secondes, forment le total des vingt-neuf observations que j'analyse. Ces deux faits n'ont pu être classés dans les formes délirante, convulsive ou comateuse, précédemment étudiées.

le moment que les accidents nerveux ont cessé, car le germe, ou si l'on veut la cause toxique, mais occulte et insaisissable de la maladie, subsiste encore, et après avoir pour ainsi dire sommeillé quelques jours, elle peut se développer spontanément, ou après un écart de régime, une émotion morale, etc. A ce sujet, je ne puis m'empêcher de noter en passant l'analogie qui existe entre l'effet toxique du plomb et l'influence non moins pernicieuse des miasmes marécageux. Ces deux causes délétères, après avoir déterminé des accidents graves qui ont cédé à un traitement régulier, tiennent néanmoins toute l'économie long-temps encore sous leur dépendance, et menacent d'un jour à l'autre la vie des malades. Pendant combien de temps le plomb peut-il exercer sur l'économie cette influence fâcheuse? Il est impossible de le préciser. Toutefois, d'après les faits que possède la science, cette influence ne paraît pas s'étendre au-delà de la fin du second septenaire.

Accidents consécutifs. — Dans les cas qui ne se terminent pas d'une manière funeste, la maladie laisse-t-elle l'individu qu'elle a frappé sujet à quelque infirmité? Sur les vingt-neuf malades dont j'ai étudié l'histoire, j'en trouve trois qui éprouvèrent divers accidents consécutifs : ainsi deux d'entre eux furent affectés de paralysie des membres, qui persista d'une manière opiniâtre pendant plusieurs mois. Enfin, une femme qui avait été frappée d'amaurose n'a point recouvré la vue. Ainsi la paralysie des membres, d'un ou de plusieurs sens, paraît être le seul accident consécutif des affections cérébrales saturnines. L'épilepsie ne se produit jamais. Je suis porté à affirmer ce fait, car dans les nombreuses observations d'épilepsies essentielles que j'ai lues, je n'en ai jamais rencontré une seule dont le premier accès fût survenu dans le cours d'une colique saturnine. Un fait non moins remarquable à signaler, c'est

que les individus épileptiques depuis longues années, s'ils travaillent dans les fabriques de céruse ou de minium, ne voient pas leurs accès devenir plus graves ou plus fréquents. D'ailleurs je ne sache pas qu'aucun d'eux ait jamais guéri par le fait seul du séjour dans les ateliers, et cependant cet heureux résultat devrait être fréquemment obtenu si la doctrine d'Hahnemann pouvait être vraie, car par leur habitation dans une fabrique de céruse ou de minium, les épileptiques sont soumis aux deux conditions fondamentales de tout traitement homœopathique.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Coup-d'œil sur les hôpitaux de Londres, et sur l'état actuel de la médecine et de la chirurgie en Angleterre; par M. Edwin Lee, membre du collége royal des chirurgiens à Londres.

M. Edwin Lee a parcouru, en médecin observateur, l'Italie, l'Allemagne et la France, et il a fait suivre ses voyages d'une intéressante publication sur la pratique et les institutions médicales de ces diverses contrées (1). Il complète aujourd'hui son œuvre en nous donnant l'histoire de l'état actuel de la médecine dans son pays; et en commençant il se plaint de ce que les hôpitaux de la Grande-Bretagne sont rarement fréquentés par les médecins étrangers : « De temps en temps, dit-il, nous voyons dans nos salles

(1) « Observations on the principal médical institutions and prac-« tice of France, Italy and Germany with cases from hospital prac-« tice, notices of the universities and appendix on animal magne-« tism and homœopathy. »

« un médecin français ou allemand, mais leurs visites sont « en général trop courtes pour qu'ils puissent bien appré- « cier la valeur de nos méthodes de traitement, et surtout « si leurs opinions théoriques diffèrent de celles qu'entre- « tiennent les praticiens anglais. » Nous pourrions faire à la brochure du docteur Lee les mêmes reproches qu'il adresse aux visites des médecins étrangers; elle est un peu courte, et l'on y désirerait de plus longs détails. Telle qu'elle est, cependant elle sera recherchée avec curiosité et intérêt par un grand nombre de lecteurs.

M. Lee nous raconte qu'indépendamment des dispensaires et de divers établissements particuliers de bienfaisance en faveur des pauvres malades, il y a à Londres vingt-quatre hôpitaux : c'est plus que ce que nous avons à Paris ; mais si l'on songe d'une part que ces hôpitaux réunis contiennent une somme totale de lits moindre que ceux de notre capitale, si, d'un autre côté, on fait attention que la population de Londres est de beaucoup supérieure à celle de Paris, on devra en conclure que chez nous le nombre proportionnel de malades traités gratuitement dans les hôpitaux est deux fois plus grand que chez nos voisins. Faut-il voir dans ce résultat plus de philantropie à Paris qu'à Londres, ou seulement plus de misère ? c'est ce que nous n'entreprendrons pas de discuter, nous bornant pour le moment à constater le fait.

Plusieurs de ces hôpitaux sont affectés à des maladies spéciales ; ainsi, il y en a un pour la petite vérole, trois pour les maladies des yeux, un pour les fièvres typhoïdes. Il faudrait croire, d'après ce chiffre, que les médecins de Londres ont mieux précisé, mieux circonscrit que les nôtres le sens de cette expression *fièvre typhoïde*; car avec l'extension prodigieuse que lui ont donnée plusieurs de nos docteurs, avec leur tendance toujours croissante depuis quel-

ques années à ne voir partout que des fièvres typhoïdes, il serait impossible de trouver un hôpital assez grand pour contenir tous les malades qui, selon nos Messieurs, seraient atteints de cette affection. Pour ce qui est de la nature de la fièvre typhoïde, les médecins de Londres y voient une *maladie essentielle paraissant consister dans une altération du sang, tenant souvent à des causes endémiques et miasmatiques*: définition qui, pour le dire en passant, n'est pas fort claire; mais ils ne croient pas que cette maladie puisse dépendre d'une lésion, quelle qu'elle soit, de la muqueuse du tube digestif ou de ses glandes; ils trouveraient plus raisonnable d'en placer, avec Chetterbuck, le siége dans le cerveau, car la plus grande partie de ses symptômes se rapportent plutôt à une affection cérébrale qu'à une lésion du canal alimentaire. Les autopsies cadavériques n'ont pas donné aux médecins anglais les mêmes résultats qu'à nos anatomo-phthologistes du continent. Ils n'ont pas vu les ulcérations des plaques de Peyer et des follicules de Brunner coïncider constamment avec les fièvres typhoïdes même les mieux caractérisées. M. Lee pense, avec la plupart de ses compatriotes, que ces altérations de la partie inférieure de l'intestin grêle et du commencement du gros intestin, sont dues à la présence de matières indigestes et fécales, et il est persuadé que si l'on faisait en France un plus grand usage des purgatifs, ces altérations seraient infiniment plus rares. Nous n'avons pas assez de données pour partager l'opinion du docteur Lee relativement aux mauvais effets de l'oubli des purgatifs, mais nous sommes convaincus comme lui que les altérations folliculeuses du tube digestif ne peuvent pas être regardées comme le siége de la fièvre typhoïde, et ne constituent point son caractère anatomique. Nous avons fait avec un soin particulier un très-grand nombre d'ouvertures de sujets qui avaient succombé à des fièvres conti-

nues, et fréquemment il nous est arrivé de ne rencontrer aucune lésion des follicules; plus fréquemment encore nous avons constaté ces altérations chez des individus morts de maladies tout-à-fait différentes de la fièvre typhoïde. Ainsi, chez des individus que le choléra avait surpris au milieu des apparences de la plus parfaite santé, et avait tués dans quelques heures, nous avons trouvé deux fois l'altération folliculeuse aussi développée qu'elle devrait l'être au quinzième jour d'une fièvre entéro-mésentérique. L'une de ces deux observations a été prise dans le service de M. Alquié au Val-de-Grâce.

Revenons maintenant à la brochure du docteur Lee : ce n'est pas seulement dans les fièvres que les médecins anglais font un fréquent usage des purgatifs; il n'est pas une seule maladie où ils n'emploient avec une sorte de profusion le sulfate de magnésie, l'infusion de séné, la rhubarbe, et surtout le calomel, dont ils font un véritable abus. Ils ont aussi fréquemment recours aux diaphorétiques; ceux dont ils se servent de préférence sont les préparations d'antimoine, comme la poudre de james et le *vinum antimonii tartarisati* de la pharmacopée. M. Lee rapporte, à la fin de son travail, *quelques cas illustratifs* du traitement adopté en Angleterre, et, malgré les succès dont ils se vantent, on ne peut s'empêcher d'être effrayé de la quantité de médicaments dont les médecins anglais remplissent l'estomac de leurs malades. M. Lee fait honneur de cette pratique à une connaissance plus approfondie de la matière médicale chez nos voisins, Sans vouloir contester ce qu'il pourrait y avoir de vrai dans cette assertion, il nous paraîtrait plus naturel d'attribuer ce résultat, ainsi que M. Lee a paru le reconnaître lui-même en commençant, à cette organisation vicieuse du personnel médical en Angleterre, qui permet l'exercice de la médecine aux apothicaires. La classe la plus nombreuse

des praticiens (general practiseis) exercent à la fois toutes les branches de l'art de guérir ; ils font préparer chez eux les médicaments qu'ils jugent convenables, et les envoient à leurs pratiques : on les paie, non pas d'après le nombre de leurs visites, mais d'après la quantité de remèdes qu'ils ont fournis ; aussi ne se font-ils pas faute d'en envoyer le plus qu'ils peuvent. La saignée est d'un usage moins général en Angleterre qu'en France ; son action y est secondée et souvent remplacée par celle des purgatifs ; les malades y sont tenus à une diète moins rigoureuse; ce qui, au rapport de M. Lee, leur donne plus de forces pour résister à la maladie, rend les convalescences plus courtes qu'en France, et les récidives plus rares.

Les médecins anglais paraissent avoir une grande répugnance pour les choses nouvelles : ainsi, l'introduction des médicaments par la voie endermique n'y est pas pratiquée; les médicaments nouveaux, à l'exception de la quinine, de la morphine et de l'acide hydro-cyanique, y sont peu usités: l'auscultation et la percussion, ces deux puissants moyens de diagnostic, n'y sont pas généralement exercés : l'emploi du spéculum rencontre de grands obstacles dans la résistance qu'opposent les malades à toute investigation oculaire ou manuelle ; ce qui fait encore que les maladies de l'utérus y sont moins bien connues que chez nous.

Enfin, il est une foule de moyens que nous employons dans notre pratique journalière, et dont nous retirons de plus grands avantages, comme les lavements, les bains, les révulsifs appliqués loin du siége de la maladie, tels que les sangsues à l'anus, les vésicatoires et les synapismes aux jambes, et qui sont peu employés en Angleterre. On voit que, sous beaucoup de rapports, notre pratique médicale est préférable.

Mais dans les maladies chirurgicales, nous avons tort, je

crois, de nous renfermer beaucoup trop exclusivement dans un traitement local et antiphlogistique ; les Anglais ajoutent plus souvent que nous au traitement local des remèdes internes qui hâtent la guérison.

Ils tentent la réunion immédiate dans la plupart des plaies, et cette pratique, que nous devrions imiter plus souvent que nous ne le faisons, est presque toujours heureuse ; si nous n'avons pas obtenu les mêmes succès dans les essais que nous en avons faits, cela tient probablement, ainsi que le fait remarquer M. Lee, à ce que nous avons négligé d'employer concurremment les moyens internes.

Il nous reproche aussi, et je crois avec juste raison, cette énorme quantité de charpie et de compresses dont nous chargeons le moignon de nos amputés, et qui n'est bonne qu'à entretenir sur la plaie une chaleur et une excitation inutiles. J'ai pour ma part fréquemment observé à l'armée que les pansements les plus légers étaient ceux qui donnaient les plus beaux résultats.

Il nous resterait encore beaucoup de particularités à noter dans la pratique des hôpitaux de Londres, entr'autres dans celles de M. Guthrie à l'établissement ophthalmique de Westminster, de M. B. C. Brodie à l'hôpital St-Georges, de Charles Bell à celui de Midlesey, etc. ; mais ces détails nous mèneraient trop loin.

Disons maintenant quelques mots du service des hôpitaux et de l'enseignement médical en Angleterre.

Tout ce qui tient au bien-être matériel des malades n'est pas épargné : les aliments, le linge, les médicaments y sont de bonne qualité. A l'hôpital Saint-Georges, où il y a 260 malades, la dépense annuelle s'élève à 9,000 liv. sterlings, 900 fr. environ par tête.

Les visites régulières des médecins ne sont pas aussi fréquentes que chez nous ; elles n'ont lieu que deux ou trois

par semaine, encore l'heure nous en paraît-elle mal choisie ; c'est de midi à trois heures. Dans l'intervalle, les malades du médecin sont visités deux fois par jour par *l'apothicaire de la maison*, et ceux du chirurgien par l'interne. Les internes sont logés et nourris dans l'établissement, mais cette nourriture n'est pas gratuite comme en France (1), ils sont obligés de payer leur pension.

Les salles de médecin ne sont pas partout distinctes des salles de chirurgie ; cette séparation n'a lieu que dans les principaux hôpitaux.

Les médecins et les chirurgiens des hôpitaux n'ont pas de salaire, mais ils reçoivent l'argent que paient les élèves pour suivre la clinique ; et qu'on ne croie pas que cette rétribution soit peu de chose. Il en coûte de 12 à 15 liv. sterling (300 à 400 fr.) pour suivre la pratique médicale d'un hôpital, et de 15 à 25 livres sterling (400 à 600 fr.) pour la pratique chirurgicale.

Il y a encore un grand nombre de cours privés qu'il faut payer fort cher ; en France, l'instruction est répandue d'une manière plus libérale.

Le diplôme de médecin ne se délivre qu'après des examens assez rigoureux ; quant à celui de chirurgien, des certificats constatant qu'on a suivi les cours pendant quatre ans, six cents francs déposés d'avance au secrétariat, et demi-heure d'un examen très-superficiel en font l'affaire.

Les institutions médicales en France ont besoin de nombreuses et d'importantes réformes. Mais tout imparfaites qu'elles sont, elles nous paraissent de beaucoup supérieures à celles d'Angleterre. A. ROSIER.

(1) L'auteur se trompe à cet égard ; les internes ne sont pas nourris gratuitement dans nos hôpitaux. En revanche, un assez grand nombre de médecins y font aujourd'hui *gratuitement* leur service... : c'est toujours, comme on voit, de la PHILANTROPIE ! (N. du R.)

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS ET ALLEMANDS.

Bubon ulcéré, suivi d'anus contre nature. — Accidents produits par un bandage herniaire. — Anévrysme temporal, suite de l'application des ventouses. — Superfétation.

I. *Hernie crurale; bubon; ulcération s'étendant à l'intestin; anus contre nature;* — Un étudiant en médecine, âgé de 20 ans, portait au côté gauche une hernie crurale, qui datait de plusieurs années, et qu'il maintenait réduite au moyen d'un bandage. A cette époque, il fut sur le point de se marier et quitta son bandage. Mais le mariage n'eut pas lieu, et le jeune homme négligea de contenir sa hernie. Il contracta une affection syphilitique : un bubon se forma du même côté que la hernie, et, par suite de la conduite déréglée du malade, ne tarda pas à revêtir le caractère phagédénique. L'ulcération s'étendit à la tumeur herniaire, en détruisit les enveloppes et perfora même l'intestin qui y était contenu. D'où résulta un anus contre nature qui résista aux différents modes de traitement qu'on mit en usage. Le malade conserve encore aujourd'hui trois ouvertures fistuleuses, donnant issue à des matières fécales.

(*Lond. med. et surgic. Journ.*)

II. *Accidents produits par l'application d'un bandage herniaire.* — Un homme fort âgé était affecté de deux hernies, l'une ombilicale, qui ne produisait aucune incommodité, et l'autre inguinale, qu'il contenait exactement au moyen d'un bandage. Ayant été pris d'une bronchite avec toux très-forte, il ressentit, peu de temps après, de l'anxiété, des hoquets, des vomissements, des défaillances, des douleurs très-vives dans les régions iliaques, et des crampes insupportables dans les jambes. Un médecin, appelé, mé-

connut complètement la nature du mal, et les accidents persistèrent. Un chirurgien plus expérimenté les fit disparaître en un instant, en faisant ôter le bandage que le malade avait laissé en place.

Deuxième cas. — Un homme d'une cinquantaine d'années, très-chargé d'embonpoint, habituellement constipé et affecté d'une toux continue, portait depuis long-temps une hernie inguinale dont il ne s'occupait pas. Tout-à-coup, elle prit un grand volume ; comme il était sur le point de faire un assez long voyage, il consulta un chirurgien qui lui appliqua un bandage. Mais le lendemain, à peine avait-il fait une trentaine de lieues, qu'il fut pris de douleurs à la région scrotale, lesquelles augmentèrent rapidement et le forcèrent d'interrompre son voyage. Il resta pendant trois semaines au lit avec les symptômes d'une vive inflammation locale, qui fut combattue par un traitement antiphlogistique très-actif. Après la guérison, qui eut lieu au bout de trois semaines, on remarqua à la place de la hernie une large callosité. La hernie ne reparut plus, et le chirurgien, ayant eu occasion de revoir son malade plusieurs années après, examina la partie et ne retrouva qu'une masse rugueuse, formée probablement par le sac herniaire oblitéré. C'est un cas fort remarquable de terminaison heureuse d'une inflammation bornée au sac, et qui paraît ne s'être point étendue à la cavité péritonéale (1).

(*Lond. med. et surg. Journ.*)

III. — *Anévrysme de l'artère temporale à la suite de l'application des ventouses à la tempe.* — Une domestique, âgée de

(1) Nous avons laissé subsister cet extrait et le suivant, parce que la traduction, qui nous a été fournie par deux collaborateurs différents, plus littérale et plus succincte dans ce numéro, plus développée et commentée dans le précédent, nous a paru bonne à être ainsi rapprochée et comparée sous ses deux formes. (N. du R.)

38 ans, était affectée de douleurs névralgiques de la tempe et de l'orbite; des ventouses scarifiées furent appliquées sur la tempe gauche; l'une des lames du scarificateur ouvrit l'artère temporale. L'écoulement du sang fut facilement arrêté, et la petite incision se recouvrit d'une croûte. Mais bientôt il se forma en ce point une petite proéminence, qui augmenta progressivement. Un jour, elle prit tout à coup un volume presque double. La vue et le toucher faisaient facilement reconnaître dans cette tumeur des pulsations, de véritables mouvements d'expansion et de retrait. Aussi, nul doute n'existait sur sa nature. Quoiqu'elle ne donnât lieu à aucune douleur, on se décida à pratiquer la ligature du vaisseau. Une incision le mit à nu au-dessous de la tumeur, et il fut lié au moyen d'un fil passé avec une aiguille. Mais les battements persistèrent, et l'on fut obligé de recourir à la ligature des branches au-delà de l'anévrysme. Pour cela, une incision fut faite, qui divisait ces branches transversalement; on les lia ensuite successivement. Les pulsations cessèrent à l'instant dans la tumeur; aucune hémorrhagie ne survint, et quelques jours suffirent pour amener la guérison.

(*The Lancet.*)

IV. — *Cas de superfétation*; par le docteur MOBUS, de Dieburg. — La femme de Jean Held, à Grosszimmern, arrondissement de Dieburg, âgée de 35 ans, mariée depuis 11 ans, était déjà accouchée heureusement quatre fois. Le 16 octobre 1833, elle fut prise des douleurs de l'enfantement, et, trois heures après, mit au monde un enfant du sexe féminin, parfaitement bien conformé, et qui présentait tous les caractères d'un enfant venu à terme. Immédiatement après l'accouchement, il se fit un écoulement sanguin peu considérable, qui cessa entièrement après l'ex-

pulsion du délivre. Aussitôt après la sortie du placenta, la femme ressentit dans le ventre un mouvement singulier, qui lui fit croire qu'elle allait accoucher d'un second enfant. La sage-femme, personne instruite, s'assura immédiatement qu'il n'en était rien et que l'orifice utérin était revenu sur lui-même et fermé. Le deuxième jour, les mouvements continuaient à se faire sentir; les lochies ne coulaient pas, et les mamelles, restées flasques, ne fournissaient pas de lait. Je fus appelé en consultation vingt-huit heures après l'accouchement. A mon arrivée, je trouvai l'accouchée dans la plus grande anxiété. Le bas-ventre était dilaté et tendu, et je crus sentir quelques mouvements, ce qui me fit croire à l'existence d'un deuxième enfant, dont la sortie me paraissait imminente. Quatre jours après, je lui fis une nouvelle visite et la trouvai levée, calme, et s'acquittant de quelques petits soins domestiques. Il ne s'était pas manifesté de fièvre de lait, les mamelles étaient toujours flasques; absence complète de lochies. Mais la femme ressentait toujours les mouvements de l'enfant resté dans la matrice. Ce n'est que le 18 novembre, trente-trois jours après sa première couche, que cette femme fut prise vers 10 heures du soir des douleurs de l'enfantement et accoucha à 11 heures et demie d'une seconde fille. Il survint de la fièvre de lait, les couches se passèrent régulièrement, et les seins se gonflèrent et fournirent du lait. L'enfant était bien conformée et ne présentait aucun signe de l'excédant de temps qu'elle avait passé dans le sein de sa mère. Lorsque celle-ci tenait les deux enfants dans ses bras, il était difficile de déterminer laquelle était venue au monde la première.

J'ajouterai que le premier enfant, qui jusque-là s'était fort bien porté, mourut subitement le vingt-unième jour après la seconde couche.

(*Zeitschrift fur die Staats Arzneikunde.*)

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Décembre 1836.)

Cataracte. — Extraction d'une balle de la poitrine. — Corps muqueux ou coloré de la peau. — Fonction de la calorification animale.

SÉANCE DU 5 DÉCEMBRE. — *Cataracte.* — M. Roux donne lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Maunoir, de Genève, ayant pour titre : *Des causes de non succès dans l'opération de la cataracte et des moyens d'y remédier*. M. Maunoir présente d'abord dans son travail quelques considérations générales, sur l'obstacle qui s'oppose à l'effet de la vision dans la cataracte. Comme on le sait, la cécité dépend, dans cette affection de l'œil, de l'opacité du cristallin ou de sa capsule, et l'opération qu'elle réclame consiste dans le déplacement ou l'extraction du corps qui s'oppose au passage de la lumière, et à son impression sur la rétine. De toutes les causes qui peuvent compromettre le succès de l'opération, l'auteur semble ne redouter que l'inflammation et ses suites immédiates, qu'il fait dépendre de circonstances éventuelles. Il peut se faire cependant, dit le rapporteur, qu'après les chances les plus favorables au rétablissement de la vision, après l'opération de la cataracte, telles que la réunion de la plaie de la cornée, si l'on a procédé par extraction, la reproduction de l'humeur aqueuse, la conser-

vation de la forme naturelle de la pupille et de la transparence du corps vitré, la perception des objets n'ait point lieu ; et cela, malgré la faculté de distinguer parfaitement la lumière des ténèbres : c'est qu'alors le défaut de convexité du corps vitré, établit une divergence dans les rayons lumineux, au lieu de permettre leur convergence à leur arrivée sur la rétine.

M. Maunoir préfère la méthode par extraction à l'abaissement du cristallin ; d'après lui, la section de la cornée ne doit point s'étendre à la moitié, et surtout au-delà de la moitié de sa circonférence, parce qu'alors le lambeau de cette membrane, déjà peu riche en vaisseaux et en ramifications nerveuses, se trouve exposé au danger grave de tomber en mortification et en gangrène. C'est ainsi que l'auteur explique le boursouflement avec opacité de la cornée ; opinion que combat M. Roux par l'observation de ce même accident après la méthode par abaissement, et après les petites comme après les grandes incisions de la cornée. Quant au danger que M. Maunoir attribue à l'issue d'une quantité un peu considérable de l'humeur vitrée, après la rupture de la membrane hyaloïde, il n'est point aussi grand que le fait envisager l'auteur ; on sait, en effet, avec quelle facilité ce liquide se reproduit.

M. le rapporteur énumère ensuite quelques-uns des principaux accidents qui surviennent toujours, même dans les chances les plus favorables, et regrette que M. Maunoir n'ait point légitimé, par une statistique de faits, la préférence qu'il donne à l'extraction du cristallin sur le déplacement de cet organe. Cependant, il considère le travail de M. Maunoir comme riche en considérations utiles, et digne de l'approbation de l'Académie. Il propose des remercîments à l'auteur, en l'invitant de continuer à communiquer ses travaux à l'Académie.

« Ainsi donc, et sans compter le corps papillaire, il existe entre le derme et l'épiderme trois membranes ou quatre couches : une membrane celluleuse et réticulaire; une membrane muqueuse, siége du pigmentum; le pigmentum, et la lame interne de l'épiderme.

« La peau de l'Indien-Charruas a donc, entre le derme et l'épiderme, un appareil déterminé; et cet appareil se compose de plusieurs éléments divers par leur structure comme par leur rôle : le pigmentum, la lame qui porte le pigmentum et la lame qui, placée entre celle-ci et le derme, les unit, les rattache, et, par sa nature celluleuse ou soyeuse, facilite leurs rapports et leurs mouvements. Quant à la lame qui recouvre le pigmentum, elle appartient à l'épiderme, dont elle constitue la seconde lame ou lame interne. »

M. Flourens montre, au moyen de préparations qu'il a faites, ainsi que les précédentes, par le procédé de la macération, que l'appareil lamelleux ou pigmental de l'Indien-Charruas se retrouve avec toutes ses parties dans la peau du nègre et dans celle du mulâtre.

Recherchant ensuite si tout cet appareil si riche et si compliqué des races colorées existe dans la race blanche, M. Flourens s'exprime ainsi :

« Malpighi dit avoir vu sous l'épiderme de la peau de la main et des doigts, détaché par l'action du feu, ce même corps muqueux et réticulaire qu'il avait vu sous l'épiderme de la langue du bœuf. Cette assertion ne me paraît pas exacte. Car, si l'on répète l'expérience de Malpighi, et qu'on opère d'ailleurs, soit par l'action du feu, soit par la macération, ce qu'on voit sous l'épiderme de la peau des mains, des doigts, des pieds, des orteils, etc., ce sont de simples filaments blancs très-nombreux, très-ténus, très-peu consistants, d'apparence muqueuse, qui vont de l'épiderme

au derme, et qui se rompent à mesure que l'on détache l'une de l'autre ces deux membranes. Mais ce n'est là, ni un véritable réseau, ni encore moins une véritable membrane; aussi la plupart des anatomistes ont-il formellement refusé à la race blanche le corps muqueux de la race noire...

« Me tenant rigoureusement aux faits, je dirai que le même procédé de la macération m'a donné également dans la race blanche, et d'une manière non moins sûre, deux lames parfaitement distinctes de l'épiderme. Quand on détache le premier de ces deux épidermes, le second paraît sur le derme comme une couche sale ou d'un jaune gris. Ce second épiderme est plus mince que l'externe, plus fin, et (chose assez singulière) d'un jaune-gris un peu plus foncé, soit dans la peau brunie par le hâle, soit dans la peau ordinaire.

« L'épiderme du blanc se compose donc de deux lames, de deux véritables membranes, comme celui des races colorées. Ce double épiderme a d'ailleurs les mêmes prolongements internes que celui des races colorées, et que leur membrane muqueuse ou pigmentale; prolongements qui le fixent de même au derme, et qui de même forment la gaîne ou l'étui des poils. Mais ces deux épidermes sont jusqu'ici tout ce que j'ai pu voir. Soit que l'appareil muqueux proprement dit des races colorées manque à la race blanche, soit que dans la race blanche la macération doive être différemment conduite, soit même que ce procédé n'y suffise plus et qu'il doive y être secondé par quelque autre plus approprié à cette nouvelle structure, je n'ai pu parvenir encore à découvrir, entre le derme et l'épiderme extérieur du blanc, d'autre lame ou membrane que la lame ou membrane de l'épiderme interne dont je viens de parler.

Quant au derme même, la macération permet de le diviser, comme chacun sait, en plusieurs lames. La plus extérieure de ces lames est remarquable par une contexture très-différente de celle des autres, lesquelles en effet se ressemblent toutes entre elles à cela seul près, que la première est plus dense que la seconde, la deuxième que la troisième, et ainsi de suite jusqu'à la dernière, dont les mailles ou ouvertures logent enfin les vésicules du système adipeux. La lame extérieure, par le poli de sa surface, par la continuité, par la densité de son tissu, tissu qui, dans toutes les autres, forme un véritable réseau à mailles plus ou moins larges, par la facilité avec laquelle, à l'aide de la macération, elle se détache de celles-là, semble constituer une lame ou membrane particulière, distincte, mais sur la nature de laquelle je n'oserais prononcer encore. »

Dans un autre mémoire, M. Flourens considérera la peau des races colorées sous le rapport de ses autres éléments primitifs ou constitutifs.

Séance du 26. — *Chaleur animale.* — M. Becquerel lit la troisième partie d'un mémoire relatif aux recherches physico-physiologiques qu'il a entreprises avec M. Breschet, sur la température des tissus et des liquides animaux. Il est depuis long-temps reconnu, dit-il, que tous les corps vivants ont une température qui leur est propre, laquelle est, dans plusieurs classes d'animaux, supérieure au milieu dans lequel ils existent, et qu'ils ont la faculté de conserver indépendamment de toutes les causes environnantes. Ils possèdent donc la faculté de produire de la chaleur. Cette faculté est un des phénomènes vitaux les plus remarquables. Existe-t-il un foyer particulier de cette chaleur, duquel elle s'irradie, ou bien se forme-t-elle dans tous les lieux où l'organisation et la vie se trouvent ? La physiologie

ne répond que par des hypothèses ou des présomptions. M. Becquerel a cherché, conjointement avec M. Breschet, à éclairer ce point physiologique par des expériences minutieuses; déjà ils ont exposé les résultats qu'ils avaient obtenus, sur la température des divers tissus, à l'aide de leurs instruments; dans ce travail, ils donnent la suite de leurs recherches sur le sang, et la différence d'intensité de la calorification chez les animaux qui vivent dans les plaines ou sur les hautes montagnes.

Tel est le résultat de leurs recherches :

1° La température intérieure du corps de l'homme et des animaux ne paraît éprouver aucune variation quand ils vivent dans les plaines ou sur les hautes montagnes.

2° Il existe réellement une différence entre la température du sang artériel et celle du sang veineux, que l'on peut évaluer à 1°,01 dans le chien.

3° La température dans le même système artériel ou veineux, va en diminuant du cœur aux extrémités.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Décembre 1836.)

Suite de la discussion sur l'opération de l'empyème. — Renouvellement des membres du bureau de l'Académie. — Complication vermineuse dans le choléra morbus. — Différences entre le chancre et la blennorrhagie. — Inoculation de la morphine et d'autres médicaments par la lancette.

SÉANCES DES 6 ET 13 DÉCEMBRE. — *Suite de la discussion sur l'empyème.* — La discussion sur l'empyème, soulevée

au sujet d'une observation citée par M. Roux, à la suite d'un rapport de M. Bouillaud, occupe encore en entier ces deux séances de l'Académie.

M. Barthélemy ramène le point de la discussion sur les expériences de M. Cruveilhier, qui cite plusieurs cas d'ouverture simultanée des deux côtés de la poitrine, sur des chiens, sans que la mort s'en soit suivie. Suivant M. Barthélemy, ces mêmes expériences, ayant un résultat tout-à-fait inverse entre les mains d'autres expérimentateurs, ne prouvent rien autre chose que l'accès de l'air dans la poitrine est sans danger lorsqu'il est momentané, et qu'il est au contraire fort dangereux lorsqu'on le prolonge.

M. Barthélemy cite ensuite d'autres expériences sur les chevaux, dans lesquelles on a fermé des épanchements de sang dans la cavité de la plèvre, soit en lésant l'artère intercostale, soit en injectant dans les plèvres une grande quantité de ce liquide, extrait par l'ouverture de la veine jugulaire; dans l'un comme dans l'autre cas, l'ouverture de la plaie a été réunie immédiatement, et les animaux ont survécu. L'examen du thorax, fait après avoir tué les chevaux, a démontré que l'absorption du sang avait eu lieu presque en totalité, à l'exception d'un petit caillot; d'où M. Barthélemy conclut que l'opération de l'empyème est inutile dans les épanchements de sang.

M. Cruveilhier relève l'objection faite au résultat de ses expériences. On avait dit que, si les animaux sur lesquels il avait expérimenté avaient survécu, c'est parce que les ouvertures du thorax avaient été trop petites, et qu'elles n'avaient point été entretenues béantes. M. Cruveilhier cite à l'appui de ses expériences précédentes de nouveaux faits suivis de résultats identiques, dans lesquels la mort de l'animal ne s'en est point suivie, malgré la dilatation per-

manente des deux ouvertures qu'il a tenues dilatées avec ses doigts.

Ce résultat est tout-à-fait opposé avec celui obtenu par M. Amussat dans les mêmes circonstances; dans tous les cas, il a vu la mort de l'animal devenir la suite nécessaire de ses expériences.

Frappé d'une si grande différence dans le résultat d'expériences semblables (1), M. Piorry a dirigé ses recherches sur la cause de cette opposition de faits; il a trouvé, en expérimentant sur des lapins, qu'elle réside uniquement dans le siége de l'ouverture. Occupe-t-elle un point élevé de la poitrine, elle est promptement mortelle; elle est beaucoup moins dangereuse lorsqu'elle occupe les régions inférieures: dans ce dernier cas, l'élévation et l'abaissement du diaphragme concourant à fermer la plaie du thorax, et à faire respirer plus librement l'animal. On observe, ajoute M. Sanson, que, dans l'ouverture de la partie inférieure de la poitrine, le poumon vient faire saillie à l'extérieur; ce résultat est confirmé par M. Cruveilhier; mais M. Amussat, d'après ses recherches sur les chevaux et sur les chiens, annonce qu'on remarque ce même phénomène dans quelque lieu qu'on fasse l'ouverture, et seulement pendant le temps de l'expiration, parce qu'alors le poumon est emporté par l'air qui fait effort pour sortir; l'essentiel, pour qu'il ait lieu, c'est que l'ouverture soit large.

Ajoutant ensuite quelques notes sur l'opportunité et l'inopportunité de l'opération dont il s'agit, M. Cruveilhier ne la conseille jamais dans les maladies aiguës, mais il la regarde comme la seule chance de salut dans un grand

(1) M. Cruveilhier a reconnu depuis que la mort était la conséquence inévitable de l'ouverture des deux côtés de la poitrine, lorsque ces ouvertures étaient, en effet, maintenues béantes et permettaient l'introduction de l'air extérieur.

nombre d'épanchements chroniques; bien entendu après avoir épuisé tous les moyens dictés par une sage thérapeutique. Quant à la saignée, que l'on a mise en avant comme devant toujours prévenir les épanchemens thoraciques dans la pleurésie, il faut observer que plusieurs maladies éruptives, telles que la scarlatine et la rougeole, peuvent comme la pleurésie amener ce résultat.

M. Roux se félicite d'avoir donné lieu, sans s'y attendre, à la discussion d'une question aussi importante; il revient sur le procédé opératoire, et regarde la ponction du thorax comme une opération grave et qui a ses dangers. Ces dangers résultent tous, pour lui, de l'introduction de l'air dans une cavité qui n'était point faite pour le recevoir, ainsi que de la nature des tissus divisés et de leurs fonctions : en cela il assimile cette opération à celle du trépan. L'influence de l'air, quoique non délétère par elle-même, le devient par la maladie des organes avec lesquels il se trouve en contact.

M. Récamier parle des instruments propres à empêcher l'introduction de l'air dans la ponction du thorax, tel qu'un trois-quarts à soupape, imaginé par lui bien avant que M. Bouvier présentât son instrument à l'Académie; il reconnaît que les uns et les autres n'atteignent que d'une manière fort incomplète le but qu'on se propose, car l'air finit par entrer, et corrompt les liquides épanchés qui acquièrent une odeur fétide. La résorption de ces liquides viciés amène une fièvre hectique que l'on peut le plus souvent suspendre en remplissant d'eau la cavité pleurale; mais, d'un autre côté, ces injections offrent un grand inconvénient, celui d'enflammer et d'altérer les tissus qu'elles touchent.

M. Sanson résume la question des dangers et de l'innocuité de la présence de l'air dans la poitrine, ainsi que

celle des avantages et des inconvénients des petites et des grandes ouvertures : les premières, selon lui, sont préférables quand on soupçonne de nombreuses adhérences, tandis qu'il ne faut pas craindre d'inciser largement lorsque la cavité thoracique est amplement développée ; la crainte de l'introduction de l'air est imaginaire, bien plus, cet air est nécessaire pour prendre la place du liquide que la pression atmosphérique extérieure empêcherait de sortir, si l'ouverture faite aux parois thoraciques était trop étroite.

MM. Velpeau et Lisfranc regardent également l'introduction de l'air comme peu grave par elle-même ; ce dernier cependant admet qu'elle n'est pas sans danger lorsque la plèvre est malade. Quant à l'évacuation totale ou partielle du liquide, il établit une distinction : il faut évacuer par fractions, si le poumon est susceptible de se dilater, au fur et à mesure de l'évacuation du liquide, sinon il faut évacuer en totalité pour éviter la viciation que l'introduction de l'air ne manquerait pas d'amener dans le restant du liquide.

M. Bouillaud prend la parole et s'éloigne de la question pour parler en faveur de son traitement privilégié des saignées coup sur coup dans les maladies, et notamment dans les fièvres typhoïdes et dans l'érysipèle.

M. Double regrette de ne pouvoir analyser la discussion qui occupe l'Académie, tant on s'est écarté du point qui en fait le sujet, en l'entrecoupant de questions étrangères ; il s'attache uniquement au point de la discussion judicieusement établi par M. Cruveilhier, et qui est relatif à l'écoulement prompt ou gradué de la matière de l'épanchement. Il rappelle, à ce sujet, l'autorité des anciens, et cite un passage d'Hippocrate en faveur de l'évacuation successive. Mais en même temps il fait observer que l'issue mortelle que le père de la médecine attribuait à l'écoulement du

liquide, opéré tout d'un coup, pouvait être due en partie à l'incurabilité de la maladie; car dans ces temps reculés, la répugnance qu'on avait pour la chirurgie et pour les chirurgiens était cause qu'on ne leur confiait une semblable opération qu'à la dernière extrémité.

Pour lui, il adopte pleinement les préceptes de M. Boyer, et croit que, lorsque l'épanchement est aigu, il faut évacuer la poitrine tout-à-coup, tandis que, si l'empyème est chronique, il ne faut donner issue que successivement au liquide.

M. Boulley présente le médiastin d'un cheval mort de pneumonie, et fait voir que chez cet animal la partie postérieure de cet adossement membraneux est percée à jour et comme une dentelle; d'où il conclut que chez le cheval la pneumonie est plus grave parce qu'elle est toujours double, mais que cette disposition des parties permet de ne faire l'ouverture que d'un seul côté, pour donner issue à un épanchement qui occupe les deux côtés de la poitrine.

SÉANCES DU 20 ET DU 27. — Toute la séance du 20 et une partie de celle du 27 sont consacrées au renouvellement des membres du bureau de l'Académie pour l'année 1837.

Sont élus : président, M. Renauldin, déjà président en 1836.

Vice-président, M. Moreau,

Secrétaire annuel, M. Roche, occupant déjà la même place.

Membres du conseil : MM. Louyer-Wilermay, Planche et Gueneau de Mussy.

Complication vermineuse dans le choléra. — M. le docteur Robert (de Marseille) adresse à l'Académie une lettre qu'il a reçue de M. Chevalley de Rivaz, médecin de l'ambassade française à Naples, dans laquelle ce médecin fait mention

d'une complication très-commune chez plusieurs malades frappés du choléra, qui s'ajoutait à l'invasion de la maladie. Cette complication consiste dans une affection vermineuse, causée par la présence d'un grand nombre de lombrics et quelquefois d'autres genres, tels que les *trichocéphales*. Plusieurs personnes, ajoute le docteur Chevalley de Rivaz, qui ont échappé au choléra, ont succombé à l'affection vermineuse.

Différences qui existent entre le chancre et la blennorrhagie.— Une question sur laquelle les pathologistes sont loin d'être d'accord est de savoir si le chancre et la blennorrhagie sont de même nature, s'ils dérivent de même source, et s'ils peuvent se produire mutuellement. Personne ne doute de l'infection syphilitique, alors que la présence du premier se manifeste ; mais pour la blennorrhagie, les uns la considèrent comme le résultat d'un virus vénérien, d'autres comme celui d'une simple irritation urétrale.

M. Ricord ne saurait partager l'opinion de ceux qui font indistinctement dériver le chancre de la blennorrhagie ; ses expériences sur ce sujet sont concluantes. Il a pris le pus d'une blennorrhagie, et son inoculation n'a jamais reproduit de chancre, aussi bien que celui du chancre n'a jamais reproduit de blennorrhagie.

Si quelques femmes atteintes de blennorrhagie ont pu donner des chancres, c'est qu'incontestablement elles étaient atteintes elles-mêmes de cette complication ; ce dont il est facile de se convaincre par un examen attentif et minutieux des parties génitales par le speculum et ce que quelques autopsies ont confirmé.

De là, M. Ricord regarde comme véritables blennorrhagies virulentes ou vénériennes, celles qui sont accompagnées de chancres ; pour lui, les autres ne le sont pas.

Inoculation de la morphine et d'autres médicaments par la

lancette. — M. Martin-Solon fait un rapport sur une lettre de M. Lafargue de St.-Émilion, au sujet de l'inoculation de la morphine et d'autres médicaments, par les mêmes procédés que celle du virus vaccin. Nous avons déjà mentionné cette lettre sur ce nouveau mode d'administration des médicaments. M. le rapporteur se plait à appuyer les expériences de l'auteur par les siennes propres, qui lui ont donné les mêmes résultats, et fait observer qu'ils n'appartiennent pas exclusivement aux préparations opiacées. M. Martin-Solon pense avec M. Lafargue que la thérapeutique peut retirer de bons effets de ce mode d'administration, et propose l'envoi du travail de l'auteur au comité de publication. (Adopté.)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Huile de foie de morue contre les scrofules. — Laitance de hareng contre la laryngite. — Guérison, par un régime adoucissant, d'une entérite présentant les symptômes du carreau. — Paralysie des extrémités inférieures, déterminée par une masse tuberculeuse, formée dans un des ligaments intervertébraux.

M. Roche appelle l'attention de la société sur un moyen thérapeutique négligé parmi nous, tandis qu'en Allemagne il est regardé comme très-utile dans le traitement des scrofules : c'est l'huile de foie de morue, qu'on administre à la dose de deux ou trois cuillerées à bouche en vingt-quatre heures. Ce moyen paraît avoir réussi à M. Bretonneau sur le fils d'un Hollandais, parvenu au dernier degré du rachitisme. Le père exigea que son enfant fût

traité avec l'huile de foie de morue qu'on fit venir de la Hollande; l'enfant dut à ce médicament une guérison complète.

M. Burdin fait observer que le petit malade ayant été transporté de la Hollande dans la Touraine, ce changement de climat a dû contribuer puissamment à son rétablissement.

M. Mérat dit qu'on trouve dans le dictionnaire de thérapeutique, qu'il a publié de concert avec M. Delens, à l'article *Gadus morrhica*, toutes les recherches qui ont été faites sur l'*Oleum jecoris aselli*. Il ajoute, d'après M. Desgranges, qu'un autre produit animal, provenant également d'un poisson, la laitance de hareng, a été employé aussi avec succès dans le traitement de plusieurs maladies et notamment de la laryngite. Un personnage distingué, atteint d'une laryngite chronique qui avait résisté à tous les moyens, fit venir de Hollande de la laitance de hareng, et, au bout de huit jours de son usage, il fut guéri. Plusieurs personnes auxquelles il a fait part de cet heureux résultat en ont aussi éprouvé des effets salutaires.

M. Chailly a plusieurs fois employé avec succès la laitance de hareng dans la laryngite, il l'a appliquée sur le cou, sous forme de cataplasme.

M. Prus fait la communication suivante :

M. de C... avait perdu, un an auparavant, un de ses enfants, âgé de 10 ans, par suite du carreau. Cette affection avait été traitée par les anti-scrofuleux, c'est-à-dire par des amers et des toniques. Un second enfant de M. de C... paraissait atteint de la même maladie, du moins présentait-il la plupart des symptômes qu'on avait observés chez le premier. Agé de 11 ans, il avait les cheveux blonds, les chairs flasques et molles, les membres grêles et allongés,

le ventre extrêmement tendu, avec un dévoiement habituel. Cette tension empêchait de constater l'état des ganglions mésentériques. Enfin, une fièvre hectique bien caractérisée semblait devoir confirmer un pronostic des plus graves. M. Prus, convaincu que l'entérite villeuse peut se manifester avec tous les symptômes qui constituent la maladie appellée carreau, traita le jeune C... comme atteint d'entérite chronique. Des bains d'abord gélatineux et plus tard légèrement sulfureux, des boissons adoucissantes et amilacées, des cataplasmes émollients, un régime lacté, tels furent les seuls moyens mis en usage. Au bout de deux mois de ce traitement, son malade était parfaitement rétabli. La guérison date de deux ans, et tout annonce que le danger ne se renouvellera plus.

M. Roche a vu des enfants atteints d'entérite villeuse, avec un développement considérable des ganglions mésentériques, guérir très-bien par un traitement antiphlogistique.

M. Tanquerel des Planches indique sommairement les principaux points d'une observation qui offre un grand intérêt. Il s'agit d'un tubercule du ligament intervertébral. Une femme, âgée de 53 ans, entra à l'hôpital de la Charité pour se faire traiter d'une maladie du cœur; elle offrait, en même temps, tous les caractères des déviations ordinaires du rachis, sans lésion propre du tissu des vertèbres. La courbure principale, à convexité droite, siégeait à la partie moyenne et supérieure de la région dorsale. Depuis six mois environ, la malade avait été atteinte de paralysie des membres inférieurs, sans qu'à cette époque et depuis il y eût eu douleur ou tumeur sur le trajet des vertèbres déviées. La vessie et le rectum exerçaient aussi leurs fonctions avec plus de difficulté et de lenteur.

On se rendait difficilement compte de cette paralysie,

parce qu'on sait que, dans les courbures de l'épine sans affection de l'os propre des vertèbres, il n'y a point ordinairement compression de la moelle; or, les signes de maladie du tissu vertébral n'existaient pas. M. Tanquerel, qui s'est occupé de ce point de la science, n'avait jamais, sur un grand nombre de déviations du rachis qu'il a observées, vu un pareil fait.

L'autopsie vint jeter un jour complet sur la cause de cette paralysie.

La colonne vertébrale présentait tous les caractères des courbures pathologiques ordinaires; on parvint, en outre, à découvrir une masse tuberculeuse, grosse comme un œuf de pigeon, située entre les septième et huitième vertèbres dorsales. Cette matière n'était autre chose que le tissu du fibro-cartilage intervertébral, qui s'était converti en tubercule. Passé à l'état de ramollissement, il avait fusé du côté de la moelle, l'avait comprimée et avait déterminé ainsi la paralysie des extrémités inférieures. En cet endroit, la moelle présentait une dépression marquée, elle paraissait même un peu ramollie; sa coloration était légèrement jaunâtre. Les surfaces des vertèbres correspondantes étaient injectées et grisâtres.

M. le docteur Segond est proclamé membre-résident de la société.

VARIÉTÉS.

Effets de la musique; par M. le docteur MARTINS (1).

C'est avec étonnement peut-être que le lecteur verra jeté comme par erreur, au milieu de la triste nomenclature des maux de l'hu-

---

(1) Cet article est extrait du *Dictionnaire de médecine usuelle*,

manité, un mot qui réveille dans les organisations délicates le souvenir des sensations les plus pures et les plus délicieuses; mais en traçant l'histoire des maux de l'humanité nous devons faire aussi celle des moyens qui peuvent les combattre et les prévenir, et l'un des agents les plus puissants sur le système nerveux, l'un de ceux dont le médecin doit attendre ou craindre le plus, ne saurait être passé sous silence.

Le plaisir que cause la musique varie suivant les individus, ou en d'autres termes, il est des hommes qui sont organisés pour la musique, d'autres qui ne le sont pas; ce que nous disons des individus peut s'appliquer aux nations. Ainsi, les Allemands, les Italiens, sont des peuples musiciens; les Français, les Espagnols, le sont peu; les Anglais, les Américains pas du tout. Je ne veux pas dire que tous les Français, ni même tous les Anglais, soient inaptes à l'étude de cet art: trop d'exemples sont là pour me démentir; je prétends seulement que dans ces peuples les masses ne sont pas musiciennes. Un paysan français chante en général faux, un paysan anglais ne chante pas du tout. En Allemagne, au contraire, vous les voyez, en revenant des champs, se réunir deux par deux, trois par trois, quatre par quatre, et improviser des duos, des trios, des quatuors avec une facilité qui ne doit rien à l'art et est un don de la nature. On a pu voir l'année dernière une famille bavaroise composée du père et de sept enfants, chacun d'eux jouant d'un ou de plusieurs instruments, et le plus jeune, âgé de quatre ans, faisait sa partie avec une précision parfaite; son instrument ne consistait qu'en un sifflet imitant le chant du coucou, mais il ne manquait jamais la mesure, et tous les musiciens savent combien il est difficile de jeter ainsi une ou deux notes isolées au milieu d'une symphonie. Quant à ses aînés, de quatorze ou seize ans, c'étaient des virtuoses accomplis, l'un sur le trombone, l'autre sur le cornet à piston. Beaucoup de Français, de Françaises surtout, s'imaginent aimer la musique

---

que nous avons déjà annoncé à nos lecteurs (voir la couverture de ce numéro). Nous avons pensé que des médecins eux-mêmes pouvaient retirer quelque profit de la lecture de cette courte esquisse, spécialement destinée aux gens du monde. *(N. du R.)*

et n'aiment en réalité que la danse. Un air de contredanse les éveille, leurs jambes sont agitées de mouvements convulsifs, ils battent avec satisfaction la mesure avec leur canne ou leur éventail ; et le seul mérite du concert est de leur rappeler le bal. Le succès des soi-disant concerts publics quotidiens est la preuve de ce que je dis : tous les morceaux plaisent parce que tous sont travestis en contredanse, et ce n'est qu'à l'aide de cette déplorable métamorphose que les grands musiciens de l'Allemagne et de l'Italie trouvent grâce devant la masse du public français ; je dis la masse, parce que je ne parle pas du public qui fréquente le parterre de l'opéra ou des Italiens. En Allemagne, dans les jardins publics, dans les rues, vous entendrez les mélodies des grands maîtres exécutées par des musiciens ambulants de la Bohême, et vous verrez un peuple silencieux et ravi à l'audition de cette noble poésie. En Italie, le montagnard des Abruzzes vient, à des époques réglées, chanter au pied des madones qui ornent les rues de Rome ces litanies si pieuses et si belles, que les compositeurs les recueillent comme des diamants précieux dont ils embellissent leurs ouvrages. Ainsi donc, la musique n'est une source de jouissances que pour ceux dont l'organisation est capable de la sentir ; cela est si vrai, qu'il est des hommes auxquels elle est indifférente, d'autres auxquels elle est odieuse, et qui s'enfuient dès qu'ils entendent le son d'un instrument ; j'en ai vu qui tiraient vanité de cette infirmité, et croyaient donner par là une haute idée de leurs facultés intellectuelles ; semblables à un homme privé de bras, qui croirait que ses jambes en doivent être plus fortes. On a vu aussi cette aversion apparente être l'indice, chez de jeunes enfans, d'une organisation très-heureuse ; la musique produisait sur eux une impression si forte, qu'elle devenait pénible, et ils s'enfuyaient pour lui échapper.

Gall en a cité des exemples ; et deux grands artistes des temps modernes, Talberg et madame Malibran, n'ont vu, dans l'étude de la musique, qu'un supplice, jusqu'au moment où, parvenus à un haut degré de perfection, ils se sont, pour ainsi dire, fait plaisir à eux-mêmes. Ce plaisir résulte évidemment de deux causes, de la mélodie et de l'harmonie : comme le chant ne marche presque jamais sans accompagnement, les deux sensations se confondent, et peu de personnes se rendent compte du double plaisir qu'elles

éprouvent. Il est certain, cependant, qu'il est des hommes qu'un chant simple, sans accompagnement, suffit pour ravir en extase; d'autres ont besoin d'entendre, avec ce chant, une basse qui transforme la mélodie en harmonie; ceux-là même éprouvent, dis-je, du plaisir quand ils entendent un bel accord, ou une suite d'accords sans mélodie aucune. J'appellerai la première, une organisation italienne; la seconde, une organisation allemande, parce que, dans ces deux peuples, elles sont prédominantes comme dans les grands compositeurs qu'elles ont produits; aux Italiens appartient le sceptre du chant, aux Allemands celui de l'harmonie. Les effets de ces deux agents réunis sont aussi grands que variés. Vous voyez l'auditeur passer par toutes les sensations où le musicien l'entraîne; celui-ci s'empare de son ame et lui substitue la sienne. On raconte à ce sujet un fait étonnant. Beethoven assistait à un bal : tout respirait la joie, lui seul était triste, car il ressentait les premières atteintes de cette surdité qui fit le malheur de sa vie; on le supplia de se mettre au piano, il refusa d'abord, car il sentait que des sons joyeux ne sortiraient pas sous ses doigts; il céda enfin à la foule qui le sollicitait. A mesure qu'il jouait, la profonde douleur qui l'accablait passait dans l'âme de ses auditeurs, et lorsqu'il s'arrêta, après avoir versé, pour ainsi dire, son ame sur les touches de l'instrument, il vit toute cette foule, naguère si gaie, triste et sombre comme lui; les femmes versaient des larmes, les hommes étaient silencieux. En vain l'orchestre fit entendre des accords joyeux, rien ne put ramener la gaîté, et bientôt cette foule s'écoula silencieusement. De semblables sensations sont trop vives pour n'être pas nuisibles; elles causent dans toute l'économie un ébranlement accompagné de fatigue générale, de mal de tête, ou bien une excitation qui chasse le sommeil, exalte les idées, et peut amener, chez les personnes nerveuses, des spasmes et des convulsions; aussi doivent-elles éviter une musique trop dramatique, trop féconde en émotions, et se laisser bercer par de douces mélodies, comme celles de Paesiello et de Cimarosa; c'était la musique de prédilection de Bonaparte, parce qu'elle n'avait que le pouvoir de le distraire un moment de ses réflexions, sans l'occuper fortement. Tout ce que nous venons de dire de celui qui écoute la musique est encore bien plus vrai de celui qui la fait ou qui l'exécute. Les émotions de

l'exécutant sont d'autant plus vives, qu'il contribue lui-même à les produire et qu'il veut les faire partager. Alors une véritable fièvre s'empare de lui, et il trouve, dans cette surexcitation cérébrale, une puissance surnaturelle. C'est dans ces moments qu'il s'établit une sympathie vive et subite entre l'artiste et le public qui, réagissant l'un sur l'autre, semblent animés du même enthousiasme. Quiconque n'a ressenti ces commotions, pour ainsi dire électriques, dans certaines solennités de nos théâtres lyriques, ne saurait se faire une idée de la puissance de la musique; mais combien l'artiste paie cher ces triomphes d'un moment; pâle, haletant, couvert de sueur, il tombe sans connaissance, épuisé des efforts qu'il a faits; et, si ces émotions se renouvellent souvent, il use sa vie, et meurt avant le temps. C'est l'histoire de la plus grande artiste de notre temps, madame Malibran, qui succomba à l'âge de vingt-huit ans, tuée par dix ans de succès. Sans doute, un tel sort n'attend pas la plupart des musiciens, il est donné à bien peu d'artistes d'avoir des triomphes qui tuent. Mais, comme médecins, nous disons que les jeunes personnes faibles, nerveuses, doivent modérer leur goût pour cet art, éviter cette excitation artificielle que cause le succès, et chercher à produire les mêmes effets par des moyens plus en harmonie avec la réserve de leur sexe: charmer par la pureté, la belle simplicité de leur exécution, sans aspirer à exciter l'enthousiasme; pour mériter de tels succès, un long travail leur sera nécessaire, et elles y puiseront des leçons de patience, de persévérance, tandis que de bruyants applaudissements ne sont propres qu'à exciter leurs passions en altérant leur santé. Quant aux hommes, la nature les a doués d'un système nerveux capable de supporter les émotions, et ils peuvent les braver impunément, s'ils sentent que peu d'instants après, les flots tumultueux sont apaisés, et que la raison a repris son empire sur l'ame, qu'une passion, toute factice, agitait naguère si violemment.

La musique a rarement été employée comme moyen curatif; des difficultés matérielles s'opposent à son emploi. Il est cependant incontestable qu'une harmonie douce et suave exerce une action calmante qui serait précieuse dans le cas de convulsions hystériques, d'insomnies et d'aliénation mentale. On a vu des malades, long-temps privés de sommeil, s'endormir aux sons d'une musique

vaporeuse, dont le rhythme, toujours le même, semble bercer l'imagination fatiguée ; elle exerce sur les aliénés une action bienfaisante ; les sons ne fatiguent pas comme les paroles, parce qu'ils ne représentent pas des idées arrêtées, et ils ont le pouvoir de les distraire de leur préoccupation habituelle ; souvent aussi, la musique, en réveillant des souvenirs oubliés, a été le point de départ d'une série d'idées nouvelles, qui, peu à peu, a ramené la raison égarée. Le fou, pour qui les paroles n'ont aucun sens, comprend le langage de la musique, et ses accès de colère cessent à l'instant ; comment n'en serait-il pas ainsi, puisque des animaux ont éprouvé des effets semblables ? On a vu, il y a environ cinquante ans, au Jardin des Plantes, deux éléphants que des airs guerriers auraient excités au point de les mettre en fureur, si par une musique douce on ne les eût calmés à l'instant. De tout cela, nous concluons que la musique est, à la fois, un puissant excitant, et un calmant non moins efficace ; tout dépend de l'organisation, de l'état physiologique et moral de celui qui écoute, et de la volonté, de la puissance, du génie de celui qui exécute ; combinez ces éléments de diverses manières, et vous pourrez vous rendre compte de tous les effets que produit cet art admirable.

CONDAMNATION DE LA LANCETTE. — Il était réservé à un gouvernement *libéral*, fondé par les amis du progrès et des *lumières*, de comprendre dans les poursuites dirigées contre la presse les journaux de médecine eux-mêmes. Certes, c'est pousser bien loin le zèle de la *légalité!* M. Fabre, rédacteur de la *Lancette française, gazette des hôpitaux*, après avoir été acquitté par un jugement de police correctionnelle (dont l'autorité avait appelé), vient d'être condamné en cour royale à 500 francs d'amende et aux frais (excuses du peu!), voire même *un an de contrainte par corps*, au besoin; le tout pour avoir négligé d'avertir l'autorité d'un *changement d'imprimerie!* Mais, comme dit Voltaire, dans les grandes comme dans les petites affaires, il y a toujours une raison qu'on dissimule, et un prétexte que l'on met en avant. — Encore que nous soyons bien éloignés de partager les opinions du rédacteur de la *Lancette*, nous

devons déplorer amèrement de pareilles poursuites et de pareilles condamnations!

A Monsieur le Rédacteur de la Revue médicale.

« Monsieur,

» Abonné à la Revue Médicale, je lis toujours, avec satisfaction, votre intéressant journal : j'y trouve grand nombre d'observations pratiques très-utiles au médecin relégué, comme moi, dans les campagnes, livré à sa propre expérience, et sans autres ressources que celles qu'il puise dans son génie.

» Depuis quarante ans de pratique, le journal de la Société de Médecine de Paris a été ma principale boussole, comme ma principale bibliothèque. Le vôtre, auquel je suis abonné maintenant, a le double avantage de recueillir les actes importants de cette société savante, et tous les faits qui vous parviennent des quatre coins du monde médical. Il est d'autant plus intéressant, que vous y combattez avec force toutes les théories erronées, enfantées par le désir de se faire un nom, et qui ne tendent qu'à faire écrouler l'édifice médical.

» Indépendamment des faits pratiques et des observations les plus intéressantes, on lit, dans la Revue Médicale, des analyses d'ouvrages tellement exactes, qu'elles font connaître, pour ainsi dire à fond, l'ouvrage entier, et peuvent suffire, au besoin, au praticien qui en est privé. Celle de l'histoire complète des ruptures de la matrice, par M. Duparcque, insérée dans les cahiers de février et de mars dernier, porte surtout ce cachet.

» Les ruptures de matrice, dont il est question dans l'ouvrage de M. Duparcque, sont un des plus grands accidents dont nous soyons témoins, accidents d'autant plus fâcheux, que la mort en est toujours la suite, et que l'on ne peut le plus souvent les prévoir ni les prévenir. Je n'en ai été témoin qu'une seule fois dans ma pratique. J'ai fait part, dans le temps, de ce fait à M. Gardien, mon ancien con-

disciple, accoucheur à Paris. Vous ne trouverez pas mauvais que je vous le rappelle en peu de mots.

» Je fus appelé précipitamment, à quatre lieues de chez moi, le 15 mars 1810, pour terminer un accouchement qui durait depuis vingt-quatre ou trente-six heures. A mon arrivée, je trouvai la malade morte et pliée depuis cinq heures, sans avoir accouché. Curieux de connaître la cause d'une mort si surprenante, je fis aux personnes de la maison toutes les questions qui pouvaient me conduire à la découverte de la vérité. Je sus bientôt que le bras de l'enfant s'était montré dehors, que les douleurs de l'enfantement avaient été des plus violentes durant vingt-quatre heures; qu'à la fin il en était survenu une plus déchirante que les autres; que la malade avait poussé un cri de désespoir, disant qu'elle était morte; en effet, elle le fut quelques minutes après, et pliée selon l'usage, sans qu'on pensât à faire l'ouverture du ventre pour sauver l'enfant.

» Dès l'instant j'eus l'idée d'une rupture de matrice, et j'employai tous les moyens de persuasion pour obtenir la permission de faire l'ouverture du ventre: j'y parvins en disant que l'enfant pouvait être encore en vie, et que cette ouverture était indispensable.

» Le ventre était considérablement gonflé, et l'on sentait manifestement, à travers les téguments et les muscles de l'abdomen, un corps dur, que je pris pour les fesses de l'enfant. L'ouverture étant faite à la manière ordinaire, je rencontrai, en effet, les fesses de l'enfant, à la hauteur du nombril; le corps était engagé dans une large crevasse de la matrice; la tête plongeait dans l'excavation du bassin, appuyée contre le bras qui était dehors jusqu'au dessus du coude : elle était tellement serrée dans le détroit supérieur, qu'il fallut multiplier les tractions pour extraire l'enfant par l'ouverture du ventre, en tirant fortement par les pieds et par les cuisses.

» Le bras gauche, qui était dehors, était livide, tuméfié et aplati à l'endroit qui appuyait contre la tête et la marge du bassin.

» La matrice était épaisse et d'un rouge violacé : il y avait peu de sang épanché dans le ventre et la matrice. L'examen du bassin me fit voir qu'il était bien conformé; qu'il avait les dimensions ordinaires, et que les seuls obstacles à l'accouchement provenaient de la présence du bras engagé avec la tête.

» La femme était âgée de 34 à 35 ans, grande, bien portante et

bien constituée : elle avait accouché heureusement de plusieurs enfants. Un vieux chirurgien maladroit du pays, qui l'avait secourue avant la mort, n'avait su ou pu repousser la tête et faire rentrer le bras : il s'était retiré avant l'événement.

» L'enfant était de volume ordinaire, et pesait de sept à huit livres.

» Si le fait est digne de votre attention, vous pouvez le rendre public ou le communiquer à M. Duparcque. Je m'applaudirai de vous l'avoir transmis s'il peut être de quelque utilité à l'art.

» Saint-Étienne-aux-Claux (Corrèze), le 3 août 1836.

» Ronzet père, d.-m. »

Monument à élever à la mémoire d'Ambroise Paré. — Le conseil-général de la Mayenne et la commune de Laval, ville natale d'Ambroise Paré, ont voté chacun une somme de 2,000 francs pour cet objet véritablement national. La commission centrale fait un appel à tous les médecins du royaume, et, dès à présent, la souscription est ouverte dans les bureaux des facultés et des journaux de médecine.

Nouvelle épidémie catarrhale. — La grippe ou *influenza*, qui ravage en ce moment l'Angleterre et l'Allemagne, a paru, à Paris, depuis deux ou trois semaines. Déjà un assez grand nombre de familles, de colléges et d'établissements publics ont été atteints. Cette sorte de *fièvre catarrhale*, fort analogue à celle qui a régné, à Paris, durant l'automne et l'hiver de 1831, ne paraît pas avoir, chez nous, la gravité qu'elle présente en Angleterre. Une fièvre assez vive, précédée de frisson, avec catarrhe nasal, laryngé, bronchique, etc., courbature et affaiblissement général, tel est le tableau le plus ordinaire de la maladie, qui se dissipe ordinairement dans l'espace d'une semaine, sauf le cas de rechute. Jusqu'ici, la plupart des malades que nous avons vus en ville, avaient été épargnés par l'épidémie de 1831. Le traitement est celui des catarrhes aigus ; la saignée, au besoin, les adoucissants à l'intérieur, les dérivatifs aux extrémités. La constitution atmosphérique, qui règne depuis plusieurs mois, rend très-bien raison de cette nouvelle épidémie.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Dictionnaire **historique de la médecine ancienne et moderne; par M. J. E. Dezeimeris, bibliothécaire de la Faculté de Paris, etc. Tome III, première partie; l'ouvrage se composera de 6 à 8 parties. 1 vol. in-8°. Paris, 1836. Chez Béchet jeune, libraire de la Faculté.**

Mémoire sur le choléra-morbus qui a régné épidémiquement à Metz et lieux circonvoisins, pendant l'année 1832; par J. J. Pascal, médecin de l'hôpital militaire d'instruction de Metz, etc., etc. 1 vol. in-8°. Paris, 1836. Chez J. B. Baillière.

Leçons de physiologie, extraites du Cours fait à la Faculté de médecine de Montpellier, dans le semestre de 1835 à 1836 : De la perpétuité de la médecine, ou de l'Identité des principes fondamentaux de cette science, depuis son établissement jusqu'à présent; par le professeur Lordat (avec une planche lithographiée). 1 vol. in-8°. Paris, 1837, chez Germer Baillière. A Montpellier, chez L. Castel.

Bulletin de l'Académie royale de médecine, publié par les soins de la commission de publication, et rédigé par MM. E. Pariset, secrétaire perpétuel, L. Ch. Roche, secrét. ann., et J. B. Bousquet, secrétaire du conseil. — Deux numéros de deux feuilles in-8° par mois (depuis le 15 octobre dernier). Prix, 15 fr. par an, franc de port par toute la France. Chez J. B. Baillière, libraire de l'Académie.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

HISTOIRE

D'un enfant né sourd et aveugle;

Par M. CHAUVIN,

Docteur en médecine à Sion (Loire-Inférieure).

Comme les faits de ce genre sont assez rares, je crois qu'il pourrait être utile pour la physiologie de les publier quand on en rencontre.

Le sujet dont il s'agit naquit à St-Aubin-des-Châteaux, à deux lieues de Châteaubriand, il y a trente ans : il s'appelait *Julien Rose*. Cet enfant était beau, parfaitement constitué. Il buvait, mangeait, criait, dormait et faisait toutes les fonctions de la vie organique de la manière la plus régulière. Il profitait bien, et aucune différence entre lui et les autres enfants ne se laissait apercevoir, jusqu'au temps où, commençant à s'étendre au dehors d'eux-mêmes, ils se plaisent à sourire aux petites caresses de leurs mères.

Alors une voisine dit à la mère : « Il semble que votre enfant ne voit pas. » Celle-ci fut incrédule, parce qu'elle lui voyait de trop beaux yeux. Cependant, elle ne tarda pas à reconnaître son illusion, elle s'aperçut même quelque temps après que cet enfant si beau était également sourd. Depuis lors jusqu'à l'âge de 12 ans, il crût rapidément, mais absolument comme un végétal, sans changer de place et sans avoir la moindre idée de ce qui se passait en dehors de lui.

Il avait une taille d'environ 5 pieds, des membres longs et grêles, une peau blanche étiolée, de beaux grands cheveux blonds, des dents blanches comme l'ivoire, et de très-beaux yeux.

On ne put jamais faire naître en lui l'idée de marcher; quand on le tenait debout, il imprimait à ses jambes des mouvements irréguliers, comme quand il était couché ou dans toute autre position. Il ne savait pas davantage que ses mains étaient faites pour saisir les objets; ce n'était que par hasard qu'il fermait quelquefois les doigts sur ce qu'il rencontrait. Il ne savait pas même manger; car, s'il tenait un fruit ou un morceau de pain à la bouche, il mordait sans cesse sans avaler; le trop plein lui sortait de la bouche à droite et à gauche, et il ne mangeait que la dernière bouchée, lorsqu'il n'y avait plus où mordre. On voit faire la même chose aux petits enfants.

Cependant, le sens du goût était très-développé chez lui; quand on lui donnait quelque chose de meilleur que de coutume, il s'agitait en signe de joie, et faisait sortir de son gosier un son inarticulé qu'on pourrait rendre à peu près par ces lettres, *hun* ou *hòn*. Quand il avait faim, il ouvrait la bouche en tournant la tête de tous côtés,

comme les petits oiseaux, dans leur nid, quand ils ne voient pas encore.

Il était extrêmement sensible aux caresses. Si on le tenait sur les genoux, qu'on l'embrassât et qu'on le caressât avec les mains, il tressaillait de tout son corps. La seule chose qu'il eût appris à faire et qui lui causait également un plaisir extrême, c'était de prendre quelques brins de ses cheveux et de les faire passer entre ses dents. Il laissait aller ses excréments sous lui, se portait les mains au visage lorsqu'elles en étaient infectées, sans aucune espèce de discernement. Lorsqu'il souffrait, il criait de la même manière qu'il avait toujours fait dès le premier âge.

Du reste, sa sensibilité était exquise. Cette intelligence prisonnière, qui n'avait jamais rien vu, rien entendu, qui n'avait pu même deviner à quoi devaient servir les principaux organes, cette intelligence, dis-je, semblait sentir sa captivité. Avide des sensations du toucher, elle manifestait son ennui par des cris aigus quand on ne lui en faisait pas éprouver. La vie cérébrale était si active, que toutes les maladies se manifestaient par un afflux de sang à la tête, des convulsions et un assoupissement prolongé qui n'était interrompu que par quelques cris de douleur. Ce fut une maladie de ce genre qui termina ses jours à l'âge de 12 ans.

Ce fait est un de ceux qui démontrent le mieux le mode d'union qui existe entre les organes des sens extérieurs et le principe régulateur de leurs fonctions. Il tend à prouver d'abord que les organes de nos fonctions extérieures sont incapables d'accomplir ces mêmes fonctions en vertu et par suite de leur organisation seule; et ensuite

que notre intelligence, dans son état d'union avec eux, est incapable de trouver en elle-même et sans eux les connaissances nécessaires pour diriger leurs actions. Cabanis disait avec les matérialistes de son temps : « Nous pensons par la tête, par les membres, par les organes génitaux, par l'estomac, etc. » Tout l'organisme concourt à la formation des pensées comme des autres sécrétions. Il ne voulait pas qu'on dît : Nous avons des dents pour mâcher et des jambes pour marcher ; mais, nous mangeons, parce qu'il se trouve, par un effet du hasard, que nous avons des dents ; nous marchons, parce qu'il se trouve que nous avons des jambes. C'est-à-dire qu'il n'y a point eu d'intention finale dans la confection de nos organes ; mais qu'ils se trouvent fortuitement formés, et qu'ils sont mis en jeu chacun par suite nécessaire de son organisation.

S'il en était ainsi, pourquoi Julien Rose ne marchait-il pas, lui qui avait des jambes parfaitement organisées, jouissant d'une assez grande force et d'une grande mobilité ? Pourquoi ne savait-il pas manger, lui qui avait une bouche où il ne manquait rien ? Pourquoi ne se servait-il pas de ses mains pour satisfaire ses besoins les plus simples ?

Gall et les phrénologues répondent : « S'il ne marchait pas, c'est que la partie du cerveau qui sécrète la faculté de marcher n'existait pas, ou était altérée si elle existait : ainsi des autres. »

Ceci n'est pas soutenable, parce que les nerfs de la sensibilité et ceux de la mobilité qui se distribuaient aux membres fonctionnaient parfaitement. Or, personne n'a encore imaginé, je pense, d'autre moyen de communication entre le cerveau et les membres que ces deux espè-

ces de nerfs. On dirait la même chose pour ce qui est des autres fonctions.

Il serait possible même que, chez Julien Rose, l'intégrité du cerveau fût parfaite, et que la cause de la surdité existât dans le conduit auditif, et celle de la cécité dans une des parties du globe de l'œil ou du nerf optique après sa sortie du cerveau. Dans tous les cas, la lésion d'une partie n'entraîne pas celle de l'autre. Au contraire, d'après une loi physiologique, un sens gagne quand l'autre perd. Celui qui est aveugle touche mieux et entend mieux; celui qui est sourd voit mieux; celui qui est infirme d'un bras est plus fort de l'autre. Ceci est évidemment le résultat d'un exercice plus appliqué et plus continuel. On ne doit donc pas admettre l'action immédiate d'un organe sur un autre; mais il faut qu'il y ait un agent régulateur des actions organiques extérieures qui perçoive, par une voie ou par une autre, les idées nécessaires à cette espèce de gouvernement. Si ses moyens de perception sont interceptés, il n'invente pas par lui-même.

Rien ne prouve cependant que le sujet dont nous citons l'observation n'eût pas de ces idées que les physiologistes appellent *idées innées*; mais, s'il en avait, il ne connaissait aucun moyen de les manifester. Les seules idées qu'il manifestât étaient celles que lui suggéraient le toucher et les sens internes. Il serait possible que, par ce seul sens du toucher, on eût réussi à lui faire une espèce d'éducation s'il eût été entre les mains de personnes plus intelligentes. Il y a chez l'homme deux sortes de facultés bien distinctes, dont on n'observe bien la différence que chez l'enfant du premier âge. Les premières sont purement instinctives et révélées par la nature : elles sont les mê-

mes et au même degré chez tous dans les premiers moments de la vie : par exemple, celle de téter ; ce mécanisme admirable que rien ne peut nous faire retrouver quand nous en avons perdu le secret avec l'habitude. Les facultés des bêtes paraissent toutes avec ce caractère d'égalité, d'uniformité et de *perfection originaire*, qui porterait à les ranger toutes dans cette classe.

Les facultés du second ordre, chez l'homme, s'acquièrent par l'éducation : on pourrait les appeler *facultés d'imitation raisonnée*. Le développement de ces dernières est entièrement subordonné aux sensations extérieures, et nous resterions uniquement sous l'empire des facultés instinctives si nous étions privés des révélations de nos sens, comme il arriva pour Julien Rose.

M. de Bonald a démontré que le langage n'aurait jamais été inventé s'il n'avait été révélé aux premiers hommes par Dieu lui-même. L'observation que nous citons et même beaucoup d'autres porteraient à penser que l'homme ayant les facultés instinctives moins parfaites que les autres animaux, leur serait resté beaucoup inférieur s'il n'avait eu des organes des sens pour percevoir les sensations et une intelligence distincte de ces organes pour en tirer parti.

Je poserai même ce problème : L'homme aurait-il appris à marcher s'il n'avait rien vu ni entendu autour de lui qui lui donnât l'idée de la locomotion ?

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

Cancer de l'utérus. — Vaisseaux lymphatiques, ovariques et tubaires pénétrés de matière encéphaloïde;

Par M. le docteur Hourmann,

Agrégé à la Faculté de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, etc., etc.

(Observation lue à la Société de médecine du département de la Seine, et imprimée par décision de cette Société.)

L'étude des altérations organiques du système lymphatique offre, comme celle des altérations du système veineux, d'autant plus d'intérêt, qu'elle est destinée sans doute à éclairer plus d'une question de haute physiologie pathologique. C'est cette prévision qui a appelé l'attention générale des médecins, dès que les travaux des anatomistes ont commencé à révéler l'existence de cet important appareil. Mais, pendant long-temps, les hypothèses ont occupé la place des observations exactes, et si, de nos jours, grace à l'anatomie pathologique devenue par ses progrès si rigoureuse et si positive, toutes ces hypothèses sont signalées et la plupart détruites, la science n'en est pas moins encore bien loin d'avoir acquis sur ce point tout ce qu'elle réclame, et pour peu que l'on consulte ses recueils, on ne tarde pas à voir que l'histoire des lésions spéciales *aux vaisseaux lymphatiques* compte à peine des éléments. — On ne peut donc apporter trop

de matériaux pour cette histoire. C'est cette opinion qui m'engage à publier l'observation suivante que j'ai eu l'occasion de recueillir dans le service qui m'avait été confié à l'hospice de la Salpêtrière.

Observation. Une vieille femme, âgée de 75 ans, entra dans la salle Saint-Denis dans le cours du mois de juin de cette année (1836), et fut couchée au n° 16. Cette femme, d'une maigreur excessive, était en outre réduite à l'affaissement physique et moral le plus complet. Une teinte *jaune-paille* de la face annonçait dès l'abord une lésion organique profonde, un écoulement vaginal horriblement fétide indiquait l'utérus comme devant en être le siége. Cependant, la malade ne se plaignait d'aucune douleur; mais, interrogée avec soin, elle dit qu'elle en avait éprouvé de très-vives autrefois. Elle faisait remonter à près de trois ans le début du mal. Le toucher reconnut bien vite un désordre considérable: le doigt plongeait au niveau du col utérin dans un foyer de matière pultacée et grumeleuse qui paraissait occuper la totalité du bassin. Le rectum exploré ne présenta néanmoins aucune interruption dans sa continuité. Il en était de même de la vessie, ainsi qu'on put s'en assurer par l'introduction d'une sonde.

La position de cette malade épuisée ne laissait trop évidemment aucune ressource à l'art. Des soins de propreté et un régime destiné autant que possible à soutenir le peu de forces qui restaient furent les seuls moyens auxquels on dut se borner. La pauvre femme s'éteignit trois semaines environ après son entrée dans la salle. Je passerai les détails de l'autopsie qui n'ont pas trait au fait que je suis pressé de signaler.

Autopsie. Le corps était réduit au marasme squelettique; les chairs desséchées étaient, dans toute la force du terme, collées aux os. Une seule partie, par son contraste, attirait l'attention, c'était la vulve, dont les grandes lèvres étaient tellement œdématiées et gonflées qu'elles obturaient complètement l'orifice qu'elles circonscrivent. L'abdomen largement ouvert, et le pubis enlevé par deux traits de scie, la cavité du bassin fut mise entièrement à découvert. Une masse d'un gris jaunâtre, irrégulièrement bosselée, et du volume de la tête d'un fœtus de six à sept mois, représentait l'utérus et ses dépendances, et occupait l'excavation pelvienne entre le rectum et la vessie. La surface de cette masse, lisse en certains points recouverts par le péritoine encore intact, offrait çà et là des crevasses à bords renversés, dont le fond était hérissé de fongosités grisâtres, et dont le scalpel détachait une pulpe analogue à de la chapelure humide. Le rectum comprimé était d'ailleurs étranger à l'altération. La vessie seule, vers le milieu de sa paroi postérieure, avait subi un commencement de dégénérescence limitée à l'extérieur. L'incision de la masse morbide dans laquelle venaient se confondre l'utérus et ses dépendances, dont il était impossible de découvrir la moindre trace, offrit tous les caractères du cancer encéphaloïde dont la matière ramollie et combinée au tissu utérin, envahi par infiltration, donnait cet aspect de boue grisâtre qui est propre au cancer de l'utérus, et qu'il est difficile de rendre par l'expression. Jusqu'ici l'autopsie ne présentait aucun détail qui ne fût ordinaire; mais, en la poursuivant, voici ce qu'elle découvrit.

La masse de l'intestin grêle ayant été détachée, une longue traînée de cordons noueux, formant un faisceau du

volume du doigt indicateur, et d'une couleur jaunâtre, apparut de chaque côté de la colonne lombaire. Ces cordons émergeaient du bassin, et avaient leurs racines dans la masse cancéreuse de l'utérus, des parties latérales de laquelle ils se détachaient. En suivant leur trajet, on les voyait se porter de bas en haut au-devant de l'artère et des veines ovariques qu'ils enveloppaient comme d'un canal. Arrivés à la hauteur des reins, ces cordons se renflaient considérablement en même temps que leurs nodosités se multipliaient. Là, ils quittaient les vaisseaux ovariques, et on les voyait se diviser en deux branches, l'une verticale, et l'autre transversale. Celle-ci se recourbait vers la ligne médiane, et venait au-devant de l'aorte s'unir à la branche transverse opposée. Le point de jonction était marqué par un épanchement sensible. Les branches verticales s'élevaient sur les côtés de la colonne vertébrale, et bientôt pénétraient derrière l'aorte à travers les piliers du diaphragme. On les retrouvait dans la poitrine jusqu'à la hauteur de la onzième vertèbre dorsale, où elles se terminaient au canal thoracique, la branche droite directement, la branche gauche par trois ou quatre rameaux qui gagnaient le canal en passant les uns devant, les autres derrière l'aorte. Le canal thoracique, très-élargi au moment où la branche droite l'atteignait, se rétrécissait ensuite et n'offrait plus rien de remarquable jusqu'à la veine sous-clavière gauche (1).

Désirant examiner avec tout le soin convenable cette remarquable altération, je fis enlever avec soin, du cadavre, la colonne vertébrale soutenant l'aorte, le canal

---

(1) Voir la planche lithographiée, à la fin de ce numéro.

thoracique et les cordons noueux qui s'y rendaient; je préparai ensuite moi-même la pièce que j'ai déposée au musée Dupuytren.

Une incision linéaire, pratiquée dans l'étendue d'un pouce sur une traînée de nodosités, m'a permis de constater qu'elles n'étaient autre chose que les vaisseaux lymphatiques ovariques et tubaires remplis de la même matière encéphaloïde qui constituait le cancer de l'utérus. J'ai pu énucléer cette matière du canal des vaisseaux, et, en les plaçant sous une eau limpide, j'ai pu reconnaître les replis valvulaires qui les garnissaient, et causaient par leur stricture les rétrécissements alternatifs qui constituaient les nodosités. Les parois des vaisseaux avaient acquis manifestement de l'épaisseur, et j'ai été étonné de leur résistance aux tractions que j'ai exercées sur elles. D'ailleurs, elles étaient transparentes et parfaitement lisses à l'intérieur. Étalées après leur incision, elles occupaient un espace de près de six lignes. La portion que j'avais choisie est celle qui correspondait à droite à la symphise sacro-iliaque. Pour ce qui est de la matière extraite de ces vaisseaux, elle était concrète, grumeleuse et entièrement identique à celle de la masse cancéreuse.

Les vaisseaux lymphatiques ont été trouvés remplis de plusieurs matières étrangères venues du dehors et surtout puisées dans l'intérieur de l'organisme. Avec plusieurs observateurs, MM. Tiedmann et Gmelin ont rencontré la bile dans les lymphatiques du foie et le canal thoracique, après avoir lié le canal cholédoque sur des chiens. (*Recherches sur la digestion*, tom. II.) On a signalé le sang dans les lymphatiques: malgré les objections qu'on a faites à cette observation, les faits signalés par M. Fo-

dera, M. Lauth et autres sont dignes d'attention. M. Breschet cite dans sa thèse un exemple curieux de collection de gaz dans le système lymphatique abdominal qui lui a été communiqué par M. Amussat. Les faits abondent pour témoigner de la présence fréquente du pus dans cet ordre de vaisseaux, et incessamment les belles recherches de M. le professeur Morgan fourniront sur ce sujet les documents les plus précieux (1). Mais je ne sache pas qu'on ait encore d'observation bien authentique de la pénétration de la matière cancéreuse ramollie dans les lymphatiques. Hodgkin dit bien qu'Astley Cooper a vu ces vaisseaux dans un testicule atteint de fungus hématode, pleins de matière encéphaloïde qu'il a retrouvée dans le canal thoracique; mais cette simple assertion ne peut suffire pour établir la réalité du fait. Il en est de même du cas rapporté par Sœmmering (*De morbis vasorum absorbentium*), dans lequel cet auteur dit avoir vu une *sanie ichoreuse* dans des lymphatiques, qui, d'un organe cancéreux, se rendaient à des organes dont la dégénérescence commençait. Enfin, M. Andral a pu isoler le canal thoracique sur une vieille femme morte, comme celle qui fait le sujet de mon observation, d'un cancer de l'utérus. Le canal était agrandi, et M. Andral distingua nettement dans son intérieur des espèces de stalactites irrégulières et blanchâtres, parfaitement analogues aux tumeurs cancéreuses; on en reconnaissait de semblables encore dans l'épaisseur des parois. — Ce fait, cité par M. Andral, diffère notablement de celui qui s'est offert à

(1) M. Andral y a constaté d'une manière indubitable la matière tuberculeuse. (Précis d'an. path.)

moi, puisque la matière cancéreuse n'est point libre dans l'intérieur du canal lymphatique, mais constitue une lésion directe de ses parois.

Extrait du rapport fait sur cette observation

Par MM. Tealier, Lévraud et Pecheux.

« Si un fait pareil avait été publié il y a quelques années, on se serait hâté de le citer à l'appui de l'opinion qui consiste à voir exclusivement dans les lymphatiques les agents de l'absorption. On n'aurait pas manqué de le rapprocher des observations des auteurs cités par M. Hourmann, des expériences de *Mascagni* sur le gonflement des ganglions de l'aine à la suite de pédiluves; du fait dans lequel Dupuytren trouva du pus dans les lymphatiques naissants d'un abcès; des bubons succédant à des maladies virulentes, etc., etc.

» Depuis les travaux de M. Ribes, depuis les expériences positives de M. Magendie et les publications de M. Breschet sur les veines, depuis les faits d'anatomie pathologique relatifs à ces vaisseaux rapportés par MM. Velpeau, Bouillaud, etc., toute discussion sur ce sujet est devenue superflue, et la question paraît résolue à peu près de la manière suivante : les veines sont les principaux agents de l'absorption; les lymphatiques remplissent le même office, mais à un degré beaucoup plus faible à cause de leur circulation. Ces derniers vaisseaux sont chargés de l'absorption du chyle.

» Du reste, le fait de M. Hourmann peut être interprété

de plusieurs manières : l'on peut y voir un exemple d'absorption par les lymphatiques. Il faut avouer cependant qu'il est difficile de concevoir que la circulation puisse continuer dans des vaisseaux aussi profondément altérés que ceux dont il s'agit ; et partant d'y admettre la possibilité de la résorption. D'ailleurs, la matière contenue dans les lymphatiques était ici trop consistante pour qu'on puisse concevoir sa présence par la capillarité. 2° On ne peut croire que la matière cancéreuse y ait été portée par une pression que les parois distendues de la tumeur auraient exercée, puisque le doigt pénétrait par le vagin dans la collection de matière pultacée. 3° Il se peut faire que la sécrétion, dont l'utérus et ses annexes étaient le siége, ait eu lieu aussi dans les vaisseaux lymphatiques, etc.

» Quoi qu'il en soit de ces explications, il est un fait pratique important, c'est que les lymphatiques et leurs ganglions se tuméfient, s'enflamment, s'abcèdent, à la suite des maladies virulentes ou de cause humorale. C'est ce qu'on observe à la suite des piqûres de scalpel, des ulcérations intestinales, des ulcères de la bouche et du cuir chevelu, des écoulements d'oreille, des abcès en communication avec l'air du dehors; des ulcères syphilitiques et cancéreux. Le long séjour que l'un de nous a fait à l'hospice de la Salpêtrière, et les nombreux cancérés que nous y avons vus, ne nous laissent pas le moindre doute sur cette dernière proposition. Le plus souvent, dans les cancers utérins ou mammaires anciens, les vaisseaux et surtout les ganglions lymphatiques sont engorgés, et offrent quelquefois une dégénérescence très-analogue à celle des tissus dont ils émanent. Dans ce cas, la forme

de ces ganglions est souvent plus arrondie que dans l'état normal. Ce qu'il y a de remarquable dans le fait de M. Hourmann, c'est l'isolement dans lequel il a trouvé la matière encéphaloïde, l'aspect lisse de la surface des vaisseaux en contact avec elle, et la conservation des valvules qui établissaient les rétrécissements auxquels étaient dues les nodosités. »

MÉMOIRE

Sur la question suivante : *Déterminer quelles sont, dans les affections dites typhoïdes, les altérations primitives et celles qui ne sont que secondaires;*

Par M. Leonardon, D. M. P.,
Médecin à Montpont (Dordogne).

(Suite et fin (1).)

III.

La fièvre typhoïde est-elle une phlegmasie intestinale, avec altération consécutive du sang ?

Une seule phrase de notre grand Bichat devait faire une révolution en médecine. Il dit : « Une théorie exclu- » sive de solidisme ou d'humorisme est un contre-sens » pathologique. » (Anat. génér., tome 1, p. 68.)

Et la cause du solidisme exclusif qui, dans ces derniers

(1) Voir le numéro de décembre 1836 de la *Revue*.

temps encore, régnait en France, fut à jamais perdue. Tous les yeux s'ouvrirent à la vérité, et l'on revint à penser que le sang, *cette chair coulante*, comme disait *Bordeu*, pouvait, par ses altérations diverses, jouer un rôle important dans la production des maladies. Il y eut retour vers l'humorisme, et ce fut un progrès.

Un autre progrès fut de comprendre combien l'ensemble général des symptômes (autant et plus peut-être que les lésions cadavériques) doit servir à distinguer les maladies les unes des autres, et éclairer leur thérapeutique.

La vanité d'une doctrine médicale qui, rejetant toute altération primitive des fluides, serait uniquement fondée sur les altérations matérielles appréciables dont nos organes sont susceptibles, n'est plus, à mon avis, chose douteuse; et de nos jours, un axiôme en médecine, c'est que le sang nourrit les solides, que sans sa présence il n'y a plus de vie pour eux, et que l'état des solides conséquemment doit être influencé par l'état du sang.

Quel malheureux courage il faudrait aujourd'hui pour oser écrire les lignes suivantes :

« Si l'humorisme ne comptait pas aujourd'hui des » hommes puissants, aucun élève des facultés françaises » ne verrait son esprit fasciné par cette gothique théorie ; » il est nécessaire que l'Europe sache que de jeunes mé» decins français écrivent en faveur de l'humorisme, dont » ils rient sous cape, et cela pour se concilier les bonnes » grâces de quelques hommes, que la faveur console d'être » les martyrs hypocrites de toutes les vieilles absurdités » en médecine. » (Dict. abrég. des sciences méd., art. *Solidisme*, t. 14, p. 345.)

Un tel langage est mal séant à notre époque, c'est un impardonnable anachronisme.

D'ailleurs, nier les maladies des fluides, c'était nier l'évidence.

Des exemples d'altération du sang se trouvent en nombre infini dans les auteurs; et, pour ne parler que des modernes, M. Rostan lui-même professait, il y a déjà 16 à 17 ans, que les fluides, parties intégrantes de l'organisme, doivent être sujets aux maladies, et qu'ils peuvent être primitivement altérés, soit dans leur quantité, soit dans leurs qualités. (Méd. clin. p. 383, 384.)

Ainsi, pour arriver à connaître la nature d'une maladie, on devra non-seulement tenir compte des altérations de tissus qui constituent ses caractères anatomiques, mais encore de l'état des fluides, dont l'étude fut trop longtemps négligée.

Lorsque MM. Petit et Serres publièrent, en 1813, leurs recherches sur la fièvre entéro-mésentérique, ils sentirent bien que l'altération organique de l'iléon et du mésentère était loin d'être toujours en rapport avec la *nature* et l'*intensité* des symptômes, et que surtout elle était insuffisante pour résoudre la question pratique.

Il leur fallut donc chercher ailleurs les causes de ces conditions si graves d'innervation et d'hématose, dans lesquelles se trouvaient placés les malades atteints de fièvre typhoïde.

Voici comment, à ce sujet, s'exprime M. Petit, p. 22, 23 de la préface : « La cause, quelle qu'elle pût être, qui agissait sur l'intestin, était certainement d'une nature délétère, puisque nous trouvions le tissu de sa membrane muqueuse toujours grièvement altéré, et souvent même

dans un état de destruction absolue. Or, un pareil agent, transmis par l'absorption aux glandes du mésentère, devait y apporter une altération profonde... Aussi son passage y était-il marqué par l'état de désorganisation plus ou moins avancé qu'elles nous présentaient... Enfin, ce même principe, disséminé par une absorption ultérieure dans l'universalité du système, ne pouvait qu'y produire des effets d'une gravité remarquable... »

Il y avait déjà plus d'un siècle que l'immortel Baglivi avait écrit : « Ipse enim, ut vera fatear, quæ diligente ob-
» servatione, et maturâ didici meditatione, à duabus po-
» tissimum causis malignas has febres pendere observavi;
» inflammatione viscerum, et apparatu pravorum crudo-
» rumque humorum in primis viis, velin massâ sangui-
» nis. » (Op. cit., page 52.)

M. le professeur Bouillaud considère aussi la fièvre typhoïde comme une maladie complexe qui résulte de la combinaison d'une inflammation proprement dite avec l'action de matières plus ou moins putrides, consécutivement introduites dans le système sanguin. (Art. fièvres, Dict. de méd. et de chir. prat. p. 119.)

Il n'a fait en cela qu'adopter l'opinion qui compte le plus de partisans parmi les élèves de l'école de Paris.

Il est donc intéressant pour la science de discuter et de juger les raisons sur lesquelles elle est fondée. Ces raisons se résument dans les suivantes.

1° Il est évident que la lésion organique de l'intestin est le point de départ de tous ces accidents, puisqu'on la rencontre à toutes les époques de la maladie, et plusieurs faits peuvent être cités pour démontrer la vérité de cette assertion. (On n'en cite que deux.)

Un ouvrier des environs de Limoges, âgé de trente-deux ans, habitant Paris depuis cinq mois, meurt de pneumonie dans le *début* de la fièvre entéro-mésentérique, et chez lui on trouve les plaques formées, et les glandes du mésentère commençant à se tuméfier. Cette altération n'est point le produit de la fièvre, car *celle-ci n'était pas encore développée.* (Recherches sur la fièvre entéro-mésentérique, pag. 148-150.)

Si cette altération n'était qu'un effet produit par une crise, on ne l'aurait pas non plus rencontrée chez le malade qui fait le sujet de la vingt-unième obs. (ouv. cité, p. 106.), et qui mourut des suites d'une hémoptysie avant que la maladie eût parcouru *tous ses périodes,* ou du moins elle eût été moins avancée, moins profonde que dans les cas où la fièvre *avait suivi toutes ses stades.* Or, les plaques furent trouvées très-volumineuses, très saillantes. Leur inflammation était très-vive, et plusieurs d'entre elles offraient des ulcérations manifestes, etc. Autre preuve que la lésion organique était primitive. (Ibid., p. 151-152.)

2° Si on supposait pour un moment qu'elle est consécutive, le bas-ventre devrait être indolent dans ses premiers jours; rien ne devrait indiquer sa présence dans cette région avant l'accomplissement de la crise; de même qu'aucun symptôme n'annonce les parotides critiques ou symptomatiques, et les dépôts qui surviennent si fréquemment dans le cours des fièvres adynamiques.

Or, la douleur du bas-ventre précède l'origine de la fièvre, elle l'accompagne dans son développement et persiste jusqu'à la mort, à moins que dans les derniers instants de la vie la perte de la sensibilité n'en rende le sen-

timent obtus; plus le ventre est douloureux, tendu et résistant, plus la maladie est grave; et elle s'aggrave encore par l'action des irritants, des purgatifs, par exemple. (Ouvr. cité, p. 152-153.)

3° Puisque le délire offre cette particularité, qu'on peut le faire cesser en parlant au malade, et en fixant son esprit par des questions assidues; puisque la saignée et les ablutions froides sur la tête n'en modèrent pas l'intensité; puisque toute irritation portée sur l'intestin irrite secondairement le délire, et qu'à l'ouverture des cadavres on ne trouve sur le cerveau et ses membranes aucune altération en rapport avec la constance de ce symptôme, évidemment il ne dépend pas d'une excitation immédiate du cerveau, et par conséquent il n'est que symptomatique de l'affection du bas-ventre. (Ouvr. cité, p. 157-158.)

4° Quant à la fièvre qui est le résultat de cette affection, elle n'est pas simplement nerveuse, c'est-à-dire dépendante uniquement de l'irritation de la muqueuse intestinale; car en cherchant à prévenir cette irritation, ou en la combattant, lorsqu'elle existe, par des émollients et des mucilagineux, on n'arrête pas les progrès de la maladie, et les malades meurent... La fièvre est donc entretenue par un principe matériel qui pénètre la généralité des solides. (Ouvr. cité, p. 160-161.)

5° Ce principe délétère particulier, émané peut-être de l'intestin et des glandes du mésentère, est porté par l'absorption dans la masse des humeurs, et infecte par suite toute l'économie. Cette hypothèse explique la gravité de la maladie, quoique la cause qui l'a produite ne

soit point mortelle par elle-même, et la nécessité des toniques et des révulsifs. (Ouvr. cité, p. 162.)

6° A l'appui de cette hypothèse viennent encore des faits nombreux qui ont appris qu'au niveau des surfaces enflammées s'exerçait *quelquefois* une résorption de matières plus ou moins délétères, qui, par leur introduction dans la masse du sang, changeaient nécessairement les qualités physiques et chimiques de ce liquide, et portaient par suite une atteinte plus ou moins profonde à toutes les fonctions; et de tous les organes, celui dont l'inflammation doit le plus facilement donner lieu à une complication de ce genre, est l'intestin grêle, réservoir de matières tendant à la putréfaction. (Bouillaud, art. fièvres, p. 118-119.)

J'ai voulu reproduire dans toute leur force les principaux arguments des pathologistes qui pensent que l'altération du sang est *toujours* consécutive à la lésion intestinale.

Je vais maintenant les reprendre un à un.

1° Plusieurs objections peuvent être faites, relativement aux deux observations rapportées par MM. Serres et Petit.

En premier lieu, je ne conçois pas qu'un malade, dans le début d'une fièvre typhoïde, meure de pneumonie, *sans fièvre*; et ensuite ces mots *dans le début* sont bien vagues; est-ce deux heures, un jour, deux jours après l'invasion de la fièvre entéro-mésentérique, *sans fièvre*, que la mort est survenue?

Quant à la seconde observation, je la vois avec étonnement citée par MM. Serres et Petit à l'appui de leur opinion. La voici en résumé :

Pierre Grillé, âgé de 20 ans, à Paris depuis six mois, d'une constitution scrofuleuse, boit de l'eau le 7 septembre, après un grand exercice, et il éprouve à la suite une grande faiblesse de l'estomac et des membres inférieurs, qui dure cinq ou six jours.

Puis il survient du dévoiement; l'appétit se perd; la bouche est mauvaise, le mal de tête très-fort; les jours suivants, le dévoiement augmente, ainsi que la céphalalgie; des nausées sans vomissements et une douleur au bas-ventre se manifestent. Le malade entre à la Clinique le 22 septembre, et meurt le 25.

A l'autopsie, on trouve les dernières plaques de l'iléum très-rouges, ulcérées profondément : on observe au fond de certains ulcères des fibres de la membrane musculeuse.

Et de ce que ces lésions existent au dix-huitième jour de la maladie, on voudrait en conclure que la phlegmasie intestinale est primitive à l'altération du sang? J'en tirerais, moi, une conclusion absolument opposée, mais ici je prends le fait sans le commenter.

Les ulcérations des follicules peuvent exister au commencement du troisième septénaire; voilà ce que prouverait, à la rigueur, l'observation précédente; je dis à la rigueur, car Grillé était phthisique, et chez ce malade on devrait peut-être considérer les ulcérations de l'intestin comme une conséquence de l'affection tuberculeuse. Quoi qu'il en soit, bien d'autres observations, à défaut de celle-ci, démontrent que les ulcérations des plaques gaufrées existent long-temps avant que la fièvre typhoïde ait parcouru tous ses périodes.

M. Bretonneau les a mêmes rencontrées une fois le

cinquième jour, et M. Andral une fois aussi le sixième. En théorie, de pareils faits semblent faciles à comprendre :

Que la dose d'un poison soit augmentée, ses effets ne seront-ils pas et plus rapides et plus marqués ? Eh bien ! supposez que le principe, inconnu dans sa nature, dans son mode d'action même, si vous voulez, qui produit l'altération des follicules intestinaux, soit introduit en quantité plus considérable, et ses effets seront plus marqués et aussi plus rapides.

Qu'on accepte ou qu'on rejette cette explication, toujours est-il que jusqu'à présent aucun fait bien authentique n'établit que la phlegmasie intestinale soit primitive, aux symptômes généraux annonçant l'infection générale des solides et des liquides.

Je dirai plus : il est des cas, et des cas assez nombreux où, pour rendre compte des accidents typhoïdes, on ne trouve rien, absolument rien du côté du tube digestif ; et ces accidents restent inexplicables d'après cette théorie qui les fait dépendre d'une résorption délétère qui a lieu à la surface de la membrane muqueuse enflammée. Pour moi (et j'espère le démontrer bientôt), tous les faits de ce genre observés par MM. Bouillaud, Louis, Dalmas, Martinet, Neumann, Allison, Andral, etc., ne sont pas plus des faits *exceptionnels* ou *mal observés* que des cas de variole sans éruption (variola sine variolis), et ils rentrent naturellement dans la classe de ceux où l'on trouve les plaques de Peyer ulcérées.

2° On a commis une grave erreur d'observation lorsqu'on a dit que *la douleur du bas-ventre précède l'origine de la fièvre.*

Cette douleur manque complètement dans un assez grand nombre de cas pendant toute la durée de la maladie; dans les cas où elle existe, elle est toujours moins forte que dans la gastro-entérite simple, et elle ne se montre que d'une manière passagère et en quelque sorte fugitive. Ce n'est que fort rarement qu'elle est un peu vive, et presque constamment elle a été précédée, ainsi que la diarrhée, par une céphalalgie plus ou moins intense.

Pour se convaincre de la vérité de ces assertions, il suffit de parcourir le premier volume de la Clinique de M. Andral, les leçons sur la fièvre typhoïde de M. Chomel, les recherches sur la gastro-entérite de M. Louis, etc., etc.

3° Il me semble aussi impossible d'admettre que le délire est toujours le résultat sympathique de l'affection du bas-ventre.

Mes raisons? les voici:

On ne trouve aucun rapport constant entre l'état de l'intestin grêle et la lésion des fonctions nerveuses.

Pour expliquer ces symptômes typhoïdes par lesquels le système nerveux traduit sa souffrance, tantôt, en effet, on ne rencontre qu'une ou deux plaques de Peyer ulcérées ou seulement tuméfiées, et alors il est permis peut-être d'hésiter à rapporter des accidents si graves à de si faibles désordres; tantôt, comme je l'ai déjà dit, l'intestin grêle ne présente aucune lésion appréciable. On peut lire à cet égard les observations 55, 63, 64, 66, consignées dans le tome premier de la clinique de M. Andral, où nulle part, ni dans les centres nerveux, ni dans l'iléum, ni ailleurs, on n'a pu constater une altération organique qui rendît

compte des phénomènes ataxo-adynamiques qui avaient précédé la mort.

Ainsi, d'une part, symptômes nerveux, variables en intensité, mais toujours présents; d'autre part, variété de l'altération des follicules intestinaux et des glandes mésentériques, absence même de toute lésion appréciable de ces organes, et quelquefois de tout autre; voilà ce que l'observation nous démontre, et ce qui me fait dire: « Non, les désordres fonctionnels des centres nerveux ne » sont pas toujours, dans la fièvre typhoïde, le résultat » sympathique d'un état morbide de l'intestin. »

4° Je suis convaincu, comme MM. Petit et Serres, que la fièvre typhoïde est entretenue par un principe délétère répandu dans toute l'économie; mais je dois observer que ceci ne prouve rien relativement à la préexistence de la phlegmasie intestinale.

5° S'il est probable que dans quelques cas un principe délétère puisse être résorbé au niveau des plaques de Peyer enflammées, il n'en résulte pas que toujours les choses se passent ainsi. Dans les faits nombreux rapportés par les auteurs, où la membrane muqueuse intestinale ne présente aucune trace de phlogose, il faut bien admettre que c'est par une autre voie que l'agent délétère a pénétré la généralité des solides et des liquides. C'est d'ailleurs l'opinion de M. Bouillaud:

« Il est des cas où les lésions des liquides paraissent avoir *préexisté* à celles des solides... Dans d'autres cas, les lésions des liquides ont été *consécutives* à celles des solides, *ce qui toutefois n'est pas aussi commun qu'on pourrait le croire.* » (Dict. de méd. et de chir. prat., t. x, pag. 19.)

6° Par cela seul que dans l'iléum séjournent des matières tendant à la putréfaction, que cette portion du tube digestif enflammée puisse facilement devenir le siége d'une résorption putride, c'est une vérité prouvée par le raisonnement et l'observation : mais encore ici, il me faut répéter que cette inflammation n'étant ni toujours primitive, ni même constante, cette ingénieuse théorie d'infection n'est pas applicable à la fièvre typhoïde ; elle explique seulement d'une manière parfaitement rationnelle l'*état* typhoïde qui survient durant le cours de certaines phlegmasies gastro-intestinales.

J'arrive donc à conclure que *la fièvre typhoïde n'est pas une phlegmasie intestinale avec altération consécutive du sang.*

IV.

La fièvre typhoïde consiste-t-elle dans une altération primitive du sang, le plus ordinairement accompagnée d'une lésion spéciale des follicules sécréteurs de la membrane muqueuse de l'iléum ?

Ainsi posée, cette question eût, naguère encore, semblé pour le moins étrange : c'est qu'un temps a été où toute maladie résultait, en général, d'une augmentation ou d'une diminution de l'excitabilité ; où à peine on reconnaissait que, dans quelques cas excessivement rares, un obstacle à la circulation, une altération du sang et de la nutrition pouvaient amener un état morbide, où l'habitude était de ne guère tenir compte que des empoisonnements opérés par les voies digestives ou l'absorption cu-

tanée; où enfin on localisait tout dans les solides, la fièvre intermittente comme la variole, le typhus comme les scrofules, la syphilis comme la peste? Aussi quelle place occupaient alors, en pathologie, les maladies causées par altération primitive du sang?

Nous sommes moins exclusifs aujourd'hui que la théorie de l'infection a fixé de nouveau l'attention des observateurs, et que l'on a compris, à la fin, le rôle immense que joue en physiologie pathologique l'absorption pulmonaire. (Ségalas, Arch. génér. de méd., 18 octobre 1824, p. 298.)

Nous sommes revenus, bon gré, mal gré, à certaines idées des Celse, des Fernel, des Lancisi et de quelques autres, parce que ces idées étaient vraies. (De re medicâ, t. I, p. 47; et De flatibus, sect. III, p. 287, edente Foësio. —Universa medicina, etc., de abditis rerum causis, lib. II, p. 497. et seq. — Dissert. de nativis deque adventitiis romani cœli qualitatibus, p. 16.) Personne n'ignore à présent l'action pernicieuse exercée sur toute l'économie par des aliments malsains et des boissons corrompues (Rostan, Méd. cliniq., p. 6), et la facilité avec laquelle beaucoup de poisons se mêlent à l'atmosphère. (Biblioth. méd. Hermstadt, septembre 1831, p. 392.)

D'où il résulte que l'absorption peut faire arriver dans le sang, et consécutivement à tous les organes, une foule de miasmes plus ou moins délétères.

D'un autre côté, nous savons encore combien d'agents extérieurs, sans se mêler au sang, peuvent altérer ses propriétés. L'électricité, la lumière (Monchini, Revue britannique, août 1826; — Pouillet, Elém. de physique, tom. I, pag. 527), le calorique, le froid excessif, sont

des modifications dont l'énergique influence sur la composition du sang n'est révoquée en doute par personne. (Biblioth. méd., mars 1822, p. 348; Arch. génér. de méd, août 1823, p. 624; Bulletin de la Société méd. d'émulation, novembre 1823; Expériences de Rossi et de Bellingeri).

Les lésions primitives du sang forment donc, à elles seules, une grande classe de maladies. — Y rangerons-nous la fièvre typhoïde?

Si je ne me trompe, on est en droit de se décider pour l'affirmative?

Je crois avoir suffisamment établi que, dans cette affection, il y autre chose qu'une inflammation du tube digestif;

Que ce quelque chose de plus, c'est une altération profonde de l'innervation et de l'hématose.

Et cette altération, nous l'avons vu aussi, il est impossible, dans l'immense majorité des cas, de l'attribuer à la phlegmasie intestinale.

Sans diminuer la valeur de l'inflammation des follicules, si grande comme *lésion caractéristique de la maladie*, ne serait-il pas permis de penser qu'elle est un des résultats de l'action toxique exercée à la fois sur les organes de l'hématose et sur les centres nerveux par un principe morbide *spécial* charrié par le sang?

Ce principe, je le sais, personne n'en connaît la nature, personne même ne l'a vu; mais sont-ce là des raisons suffisantes pour en nier l'existence?

MM. Devèze (Traité de la fièvre jaune, p. 164), Bouillaud (Arch. génér. de méd., janvier 1828, p. 103), Roche (Elém. de pathol., tom. V, p. 711), avaient-ils

vu le virus variolique ou le virus morbilleux, connaissaient-ils la nature de ces virus, lorsqu'ils ont admis que, dissous dans l'air, ils se transmettaient par les poumons? Connaît-on mieux les agents morbides qui produisent la dysenterie, la peste, le choléra, les fièvres intermittentes, la scarlatine et toutes les maladies épidémiques?

Parce qu'on ne retrouvera plus dans le sang l'acide exotique qu'on y injecte par les veines, même en assez grande quantité (Arch. génér. de méd., avril 1823, p. 574), dira-t-on qu'en pareil cas la mort n'est pas due à une altération primitive du sang?....

Il faut donc convenir que, dans l'état actuel de la science, il y a des maladies qui reconnaissent évidemment pour point de départ une lésion du sang, dans lesquelles cependant cette lésion est non-seulement inconnue dans sa nature, mais très-souvent impossible à constater.

Or, si nous sommes forcés d'admettre certaines altérations du sang, quoiqu'elles échappent à tous nos moyens d'investigation, par quelle raison refuserions-nous de penser que la fièvre typhoïde est le résultat de l'action délétère d'un sang primitivement vicié, lorsque, dans cette maladie, nous retrouvons toujours des symptômes et des lésions analogues aux symptômes et aux lésions qu'on observe chez les animaux empoisonnés par des injections putrides, et que très-fréquemment, comme chez ces derniers, le sang paraît visiblement altéré dans ses qualités physiques?

Mais cette analogie de la fièvre typhoïde avec les empoisonnements par des substances putrides, sous le double rapport des symptômes et des lésions, à peine quelques auteurs l'ont-ils indiquée, et l'immense majorité des

médecins la rejette; à tort, selon moi. C'est ce que je vais essayer de prouver.

Dès les premières années du dix-neuvième siècle, lorsqu'on posa de nouveau cette question fondamentale : *Y a-t-il des maladies putrides*, c'est-à-dire des états morbides produits par un principe putride introduit dans les voies de la circulation, et provenant soit de l'air, soit des aliments, etc. ?

De laborieux observateurs cherchèrent à la résoudre par des expériences sur les animaux vivants; et la science s'enrichit de faits qui conduisirent à cette conclusion remarquable, que « le putrilage des substances animales » ou végétales, introduit dans le sang, agissait spéciale- » ment sur la membrane muqueuse des voies digestives » par irritation inflammatoire et hémorrhagique. » (Journal de M. Magendie, janvier 1822.)

D'autres observateurs, par une étude attentive et savante de l'homme malade, reconnurent aussi qu'une foule de maladies sporadiques, endémiques et épidémiques, naissent sous l'influence d'une altération morbide du sang; et pour motiver une pareille conviction, ils se fondèrent :

1° Sur la certitude, la probabilité ou la possibilité d'un rapport entre le malade et l'atmosphère d'un foyer;

2° Sur l'analogie reconnue entre les phénomènes présentés par certains malades, et ceux qu'ils eussent offerts par suite de l'application immédiate de la substance dont les émanations avaient dû s'échapper (plomb, mercure, ellébore, tabac);

3° Sur ce qu'aucune influence, autre que des émanations, ne paraissait pouvoir rendre compte du développement et des caractères de la maladie observée;

4° Enfin, sur l'analogie marquée qu'on trouvait entre certaines maladies de source inconnue, et celles que cause, à n'en pas douter, l'influence des émanations. (Dict. de méd. et de chir. prat., art. *Émanations*, t. VII, p. 79.)

Il fut ainsi démontré que, dans plusieurs cas, la lésion matérielle d'un organe n'était qu'un effet, qu'un accident de la maladie; et alors M. le professeur Rostan écrivit son chapitre sur les maladies des fluides (Méd. clin., tom. II, 2e édit.); M. le professeur Andral créa sa quatrième section des altérations du corps humain (Précis d'anat. pathologique); M. Roche, sa quatorzième classe de maladies (Élém. de pathologie, tom. V), et l'illustre médecin du Val-de-Grâce proclama que « tout médecin, » tant soit peu imbu des idées de physique et de chimie, » et surtout de physiologie pathologique, ne devait plus » ignorer que les liquides peuvent être le véhicule de cer- » tains poisons, de certains virus, de certains miasmes » qui n'attaquent les solides qu'après avoir altéré les hu- » meurs! » (Exam. des doct., tom. IV, p. 560.)

Le temps et l'espace me manquent pour multiplier les citations. Parmi tant de faits, qui viennent à l'appui de l'opinion que j'ai adoptée, je ne puis en prendre que quelques-uns; je tâcherai qu'ils soient significatifs.

Je me borne donc à rappeler que, selon M. Roche (art. Entérite du Dict. de méd. et de chir. prat., p. 306), M. Scouttetten fait naître à volonté, sur des chiens, l'*entérite folliculeuse*, en les nourrissant avec des viandes gâtées, ne leur donnant à boire que de l'eau corrompue, et les forçant à séjourner dans un lieu sombre, humide, et dont l'air est saturé de miasmes provenant de leurs aliments et de leurs propres excrétions.

Et je rapporte seulement les trois expériences suivantes faites par un médecin dont la sagacité et la bonne foi sont connues, M. B. Gaspard. Elles jetteront, j'espère, quelque jour dans la discussion.

Expérience quatorzième (Journal de M. Magendie, janvier 1822, pag. 13-14). Le 18 juin 1809, j'ai injecté dans la jugulaire d'une petite chienne une demi-once de jus ou liquide fétide provenant de la putréfaction simultanée de viande de bœuf avec du sang de chien. Au moment même l'animal exécuta plusieurs mouvements de déglutition, et bientôt après éprouva de la *dyspnée, du malaise et de l'abattement*. Il se coucha sur le côté, *refusant tout aliment*, et ne tarda pas à rendre des excréments, puis de l'urine; mais, au bout d'une heure, *prostration des forces, déjections alvines, gélatineuses* et sanguinolentes, souvent renouvelées; apparence de dyssenterie, rougeur de la conjonctive; ensuite, poitrine douloureuse, *ventre rénitent et sensible au toucher, extinction progressive des forces, vomissement* bilieux, gélatineux et sanguin.... mort trois heures après l'injection putride. A l'ouverture du corps chaud, poumons enflammés d'une manière particulière, ou plutôt engorgés, peu crépitants, d'une couleur violette ou noirâtre, avec *beaucoup de taches enchymosées ou pétéchiales*, qui existaient aussi dans le tissu du ventricule gauche du cœur, dans celui de la rate, des glandes mésentériques, de la vésicule biliaire, et même dans *le tissu cellulaire sous-cutané*. Le péritoine contenait quelques cuillerées de sérosité rougeâtre; mais la *membrane muqueuse du canal digestif était principalement affectée*; celle de l'estomac était légèrement enflammée; celle des intestins, et surtout du

duodénum et du rectum, l'était considérablement, avec couleur livide, ponctuation noire, enduit gélatineux et sanguinolent semblable à de la lie de vin ou à de la lavure de chair. Au reste, cette inflammation était accompagnée d'un faible épaississement des tissus, et avait un aspect hémorrhagique ou scorbutique.

Expérience quinzième (ibidem, p. 14-15). Le 10 novembre 1820, j'ai répété l'expérience précédente en injectant, dans la jugulaire d'un assez gros chien, une once d'un fluide ou jus épais et rougeâtre provenant de la macération et digestion dans l'eau d'un peu de viande de bœuf déjà fétide. Or, l'animal n'était pas encore délié, qu'il a aussitôt évacué des excréments liquides très-puants, avec beaucoup d'urine : efforts fréquents d'expulser les matières fécales, respiration accélérée et profonde, *pouls petit et précipité, anéantissement des forces*, décubitus latéral, à peine possibilité de se maintenir placé sur ses pattes ;... au bout d'une heure, le ténesme amène une espèce de *diarrhée* ou *dysenterie*, signalée par des déjections liquides, sanieuses, sanguinolentes, fétides, lesquelles continuent jusqu'à la mort, qui survient deux heures et demie après la funeste injection. A l'ouverture du cadavre chaud, *mêmes lésions* que dans l'expérience précédente; poumons parsemés de taches livides, brunâtres, noirâtres, larges comme un centime; canal intestinal rempli de sanie mucoso-sanguine dysentérique, semblable à celle des déjections; membrane muqueuse intestinale également rouge, livide, et d'un aspect hémorrhagique ou scorbutico-inflammatoire.

Autre expérience. (Ibidem, octobre 1825, p. 324-

326.) — Le 14 novembre 1823, j'ai injecté une once d'eau putride où avait macéré de la viande de bœuf, dans l'artère crurale d'un chien moyen, qui, dans le moment, éprouva beaucoup de douleur et d'agitation..... Le *quatrième jour*, j'injectai avec le plus grand soin et sans le moindre accident, dans l'artère crurale de l'autre membre, une once et demie de putrilage récent, très-fétide et très-concentré, de viande de bœuf... A l'examen du cadavre, la surface extérieure des cavités gauches du cœur était parsemée de petites ecchymoses d'un rouge noir; en outre, il y avait dans l'oreillette gauche une concrétion polypiforme jaune-blanchâtre, comme graisseuse, adhérente par une surface enflammée à la paroi auriculaire, et semblable à celle dont j'ai parlé ailleurs. (Mémoire sur les maladies putrides.) Dans le ventre, le canal intestinal était rempli de sanie d'un brun rougeâtre, ou plutôt de sang altéré. Il y avait même des matières fuliginiformes aux environs du pylore, dans le duodénum et dans l'estomac. *La membrane muqueuse de ces deux organes, ainsi que celle du jéjunum et du rectum*, étaient pénétrées de sang, avaient une apparence scorbutique et une couleur lie de vin, mais sans aucun épaississement inflammatoire. On voyait, en outre, *çà et là dans le jéjunum plusieurs plaques ovales et oblongues où la membrane muqueuse paraissait détruite*, avec amincissement singulier des parois intestinales.

Je suis peut-être dans l'erreur; mais après avoir lu ces trois expériences et notamment les seizième, dix-septième, dix-huitième, dix-neuvième, vingtième, etc. (ibidem); après avoir long-temps réfléchi à leurs résultats et à ceux que M. Scouttetten dit avoir obtenus, il me semble que

l'analogie de la fièvre typhoïde avec la plupart des empoisonnements putrides devient incontestable.

J'ai parcouru un grand nombre d'observations d'affections typhoïdes rapportées par d'excellents observateurs, entr'autres par MM. Bouillaud, Andral, Chomel, Louis, etc. J'ai eu moi-même occasion d'en observer bien des cas, notamment à Paris en 1834 et 1835, et dans tous, je le dis avec une conviction profonde, j'ai trouvé réunis ou séparés presque tous les signes qui, dans les expériences sur les animaux, caractérisent l'injection dans le sang de matières putrides :

1° Ces prodromes ou symptômes de malaise général, qui indiquent le moment où le principe putride est absorbé.

2° Les accidents du côté du système nerveux, tels que la céphalalgie, le délire, les mouvements convulsifs, les soubresauts des tendons, etc., qui annoncent que l'agent délétère, transporté par le sang, agit sur les centres nerveux.

3° Ces symptômes généraux d'excitation, tels que l'altération du pouls, la chaleur de la peau, etc., et ces hypérémies locales, actives ou passives, variables par leur intensité et leur siége, qui se montrent lorsque le sang vicié a été mis en contact avec tous les organes, et que ceux-ci commencent à réagir contre lui, si l'on peut ainsi dire.

4° Enfin, cette réaction générale, cet effort éliminateur de toute l'économie, qui se manifeste par des sueurs ou des vomissements, ou des selles abondantes, par des hémorrhagies, des ecchymoses pétéchiales, des éruptions cutanées, des bubons, des parotides, des gangrènes.

Ainsi, déjà par l'examen seul *des symptômes*, la fièvre

typhoïde se rapproche d'un empoisonnement septique plus que de toute autre maladie.

L'examen du *sang* et l'appréciation des *lésions cadavériques* achèvent presque de lever, à cet égard, toute espèce de doute.

Je commence par l'examen du sang. Il est très-souvent possible d'établir que ce fluide est altéré chez les malades qui meurent de fièvre typhoïde.

« Si les symptômes de l'affection typhoïde, dit M. Louis, diffèrent beaucoup de ceux des autres, il en est de même de l'état du sang, à part celui des individus atteints de maladies cérébrales. » (Rech. sur la gastro-ent., t. 2, p. 311.)

M. Chomel pense aussi que les altérations observées dans le sang après la mort sont assez différentes de celles que l'on rencontre ordinairement après d'autres maladies pour mériter une attention particulière : cet habile observateur l'a trouvé noir, sans caillots fibrineux, 24 fois sur 30. (Fièvre typhoïde, 1834, p. 268-269.)

On peut encore lire plusieurs cas de fièvre typhoïde où l'altération du sang a été facilement constatée, dans les ouvrages de MM. Bouillaud, Louis, Clanny de Sunderland, Stevens, Andral, etc. Parmi les observations recueillies par le savant auteur de la Clinique médicale, j'indiquerai, entre autres, les huitième, onzième, quinzième, dix-septième, trentième, trente et unième, trente-deuxième, trente-cinquième, quarantième, quarante-quatrième et soixante-troisième.

L'état du sang confirme donc plus d'une fois les points de ressemblance qui existent entre la fièvre typhoïde et un

empoisonnement. En est-il de même *des lésions organiques?*

Des trois expériences que j'ai rapportées, de celles de M. Scouttetten et d'une foule d'autres, il résulte que la présence des corps putrides introduits dans le sang, soit au moyen de l'injection veineuse ou artérielle, soit au moyen de l'absorption séreuse, cellulaire ou muqueuse, *a pour résultat général et constant une inflammation particulière de la membrane muqueuse du canal digestif.*

Et c'est aussi *une inflammation spéciale des plaques de Peyer et des glandes du mésentère qu'on rencontre dans l'immense majorité des cas de fièvre typhoïde.*

Je conviens maintenant qu'une altération appréciable du sang est loin d'être constante, c'est-à-dire que dans des cas nombreux, les plus nombreux même, rien ne prouve directement que le sang soit vicié; mais qu'est-il permis de conclure de pareils faits?

La chimie animale est-elle science si avancée ou si simple qu'on ose soutenir que dans tel ou tel cas le sang n'est pas altéré, parce qu'il aura aux yeux du médecin qui fait l'autopsie, aux yeux même du chimiste le plus habile, sa couleur et sa consistance normales? L'observateur le plus attentif, le plus exercé, reconnaîtrait-il donc à la simple vue la viciation du sang par le virus syphilitique, le virus morbilleux, le virus rabique, la noix vomique, l'acide oxalique et mille autres poisons? et je dis plus encore : quel chimiste se croirait en droit d'affirmer, même après l'analyse la plus savante et la plus minutieuse, que la mort n'est pas due à l'un de ces agents, parce que sa présence dans le sang n'aurait pas été reconnue? La seule conséquence rigoureuse de tous ces faits, en quelque sorte

négatifs, c'est que très-souvent des preuves directes manquent pour établir que le sang est altéré.

Or, s'il en est ainsi, lorsque je vois dans la fièvre typhoïde une lésion morbide, variable en intensité, mais pour ainsi dire constante, de la peau et des membranes muqueuses digestives, caractère commun à tous les empoisonnements miasmatiques, à la variole, à la vaccine, à la rougeole, à la syphilis, au typhus, à la peste, à la fièvre jaune, à la rage, en un mot à toutes les maladies où le sang est altéré par un principe dont l'élimination est nécessaire; lorsque j'observe, en outre, tant d'autres phénomènes morbides analogues à ceux qui se produisent sous l'influence évidente d'un sang vicié, ne me faut-il pas physiologiquement conclure que dans le premier cas, comme dans le second, la cause première des désordres doit être rapportée à une lésion du sang? et ne suis-je pas confirmé dans cette pensée lorsque je vois toujours apparaître ces phénomènes fondamentaux, qu'il y ait ou non phlegmasie des follicules muqueux de l'intestin?

Je viens d'indiquer l'analogie frappante qui me semble exister entre une affection typhoïde et une maladie du sang, d'après la comparaison des symptômes et des lésions cadavéreuses qui caractérisent, en général, ces deux états morbides?

Je trouve encore des preuves de cette analogie dans les circonstances au milieu desquelles apparaît ordinairement l'affection typhoïde. Les causes considérées par tous les observateurs comme prédisposantes et occasionnelles de cette maladie, ne semblent-elles pas toutes, en effet, devoir porter d'abord leur action malfaisante sur la masse du sang? N'est-ce pas du moins sur ce fluide,

aliment excitant commun de tous les tissus, qui agissent primitivement et surtout les émanations putrides, les miasmes qui se dégagent du corps des malades entassés dans les lieux où l'air ne se renouvelle pas, une alimentation insuffisante ou malsaine? etc.

Causes présumées, symptômes, lésions pathologiques, tout m'autorise donc à ranger la fièvre typhoïde dans les maladies du sang.

J'ai obtenu de mon travail ce que j'en désirais, et ce n'était pas une conclusion absolue, mais seulement une opinion raisonnée sur les altérations qui dans la fièvre typhoïde doivent être considérées comme primitives. Cette opinion, la voici :

Puisque la fièvre typhoïde n'est pas une entérite simple;

Puisqu'elle n'est pas davantage une entérite avec altération consécutive du sang;

Puisque sous le triple rapport des causes, des symptômes et des lésions cadavériques, elle ressemble aux empoisonnemens miasmatiques étudiés chez l'homme, et aux maladies artificiellement produites chez les animaux par l'introduction dans le sang de matières putrides;

Puisqu'avec des symptômes variables suivant l'intensité, le siége, la présence ou l'absence des lésions d'organes, elle se montre toujours caractérisée par des symptômes constants dus à l'état morbide du sang;

Je crois que dans l'état actuel de nos connaissances, « cette maladie doit être considérée comme le résultat » d'une altération primitive et spéciale du sang, dont » l'effet, on peut dire constant, est une éruption varioli- » forme à la tunique muqueuse de l'intestin.

« Toutes les autres altérations notées par les observa-
» teurs ne sont que secondaires. »

Observation de gangrène spontanée;

Par M. Liégard, de Caen.

Madame Gandon, âgée de 52 ans, mère de trois enfants, d'un tempérament nerveux, d'une faible constitution, et ayant éprouvé, presque toute sa vie, des palpitations qui paraissaient tenir à une lésion organique du cœur, fut prise, sans cause connue, le 22 janvier 1836, de douleurs très-violentes dans la partie postérieure de la jambe gauche. La malade se plaignait aussi de céphalalgie et d'oppression; le pouls était dur, très-irrégulier, mais c'était son état habituel. — Une saignée de 10 onces, diète, limonade, cataplasme émollient sur la jambe gauche. Le 23, la céphalalgie n'existe plus, mais les douleurs de la jambe sont intolérables; ce membre, examiné avec soin, n'offre rien de remarquable; le pouls n'a pas changé depuis la veille, la langue est naturelle, la soif nulle; on permet le bouillon de veau et le lait coupé. Huit sangsues (sur la demande de la malade) sont appliquées à la partie postérieure et inférieure de la jambe, cataplasmes. Le 24, même état: on frictionne la jambe, matin et soir, avec un mélange d'opium et d'eau-de-vie camphrée (4 grains par once); mais ces frictions paraissent encore exaspérer les douleurs. On fait aussi prendre la poudre de digitale pourprée en pilules; 4 à 8 grains par

jour, graduellement. Le 25, la malade se plaint que *son pied est mort, et qu'elle ne le sent plus.* Ce pied, en effet, est un peu froid, et les orteils pincés fortement ne sont pas douloureux; le dessus du pied est au contraire très sensible; le gros orteil exécute encore des mouvements volontaires. Le 26, le pied est à son tour complètement insensible; les orteils ne remuent plus, ils sont fléchis en bas ainsi que le pied, qu'on ne peut relever qu'avec difficulté : il offre une résistance analogue à celle qui résulte de la rigidité cadavérique. On entretient la chaleur à l'aide de sacs remplis de sable chaud. Le 27, un autre médecin vient voir la malade; il pense que cette maladie provient d'un épanchement sanguin dans le cerveau, il fait appliquer vers l'épigastre douze sangsues. La jambe est insensible, mais le genou conserve toute sa sensibilité. Le 28, le pouls est affaibli par la perte du sang, et il offre toujours la même irrégularité. Les douleurs sont toujours très-fortes; la partie interne du pied et de la jambe est violacée ainsi que les orteils qui sont racornis et recourbés vers la plante du pied. Le genou est à son tour insensible, ainsi que la cuisse, jusqu'à environ 4 pouces du grand trochanter, en dehors et en dedans la perte de la sensibilité s'étend un peu moins haut. Le 29, les *lividités cadavériques* sont très-prononcées, et s'étendent jusqu'au-dessus du genou; les veines sur le pied et sur la jambe sont toutes parfaitement dessinées sous la peau, un sang noir et stagnant les distend. Le 30, toutes les veines sont beaucoup plus noires que la veille, la peau qui les recouvre est comme *parcheminée* et attirée vers elles. L'extrémité des orteils, plusieurs places de la jambe et du pied sont noires et complètement gangrenées, mais

ne portent pas une odeur bien notable. Le traitement consiste, comme les jours précédents, à soutenir les forces de la malade par quelques bouillons, et à calmer les douleurs, toujours très-violentes, par une potion avec les extraits de jusquiame et de thridace. Le 31, le pied et la jambe deviennent de plus en plus noirs; de larges phlyctènes remplies de sérosité roussâtre sont disséminées sur les parties latérales de la jambe et de la cuisse, qui à son tour est devenue généralement violette et tuméfiée dans tous les points qui, la veille, étaient insensibles. Une ligne parfaitement tranchée partage la portion vivante de celle qui est morte. Au-dessus, la peau est blanche et sensible; au-dessous, elle est violette et insensible. Cette ligne, située à peu près au milieu de la cuisse en avant, s'étend un peu plus haut sur les côtés et surtout en dehors. Il y a une tendance à l'assoupissement qu'explique au reste assez bien l'insomnie et l'agitation des jours précédents; le pouls offre les mêmes caractères. Le 1er février, la nuit a été très-agitée; les phlyctènes se sont crevées, et répandent une odeur assez forte; le pouls est plus faible et toujours irrégulier. Le stéthoscope représente le tumulte et l'irrégularité du pouls, mais il ne fait percevoir aucun bruit particulier de soufflet ni de rape. On recouvre le membre de compresses imbibées d'eau chlorurée; on soutient les forces avec un peu de vin de Bordeaux et du bouillon. Le 2, la couleur de la partie inférieure de la cuisse devient de plus en plus foncée; la plante du pied est dure comme du bois. On continue les mêmes moyens. Le 3, le 4 et le 5, même état; les forces se soutiennent, mais les nuits sont agitées et presque sans sommeil, malgré la potion. Le 6, la jambe,

dont l'épiderme se détache par larges lambeaux, porte une odeur infecte. Les jours suivants, l'odeur est encore plus forte, parce que la cuisse, qui était tuméfiée et était devenue de plus en plus noire, s'est affaissée en laissant suinter une sérosité roussâtre abondante. Au reste, les forces se soutiennent, la malade prend du lait et du bouillon; mais les nuits étant toujours agitées et sans sommeil, on est obligé de faire prendre, le soir, une pilule composée d'un grain d'opium et de deux grains d'extrait de thridace. Le 9, l'état général s'est beaucoup amélioré; la malade a repris des forces; elle digère bien son bouillon et un potage; la gangrène est parfaitement bornée depuis plusieurs jours. L'amputation est proposée, mais la malade ne veut pas s'y soumettre. Les forces et le mieux augmentent jusqu'au 12, et cependant la malade refuse constamment l'opération. Le 14, l'odeur infecte du membre gangrené gêne beaucoup la malade elle-même : toute nourriture la dégoûte, parce qu'elle lui semble imprégnée de cette odeur; elle refuse le bouillon, et ne veut plus prendre qu'un peu de lait coupé. Le 16, les forces ont déjà beaucoup diminué; la face est pâle, les traits décomposés. On donne la limonade vineuse; le vin est toujours pris avec grand plaisir. Le 20, la malade peut à peine parler, ses forces diminuent de plus en plus, et elle s'éteint, sans agonie, le 22, à midi.

Autopsie. — Les *poumons* et les *viscères abdominaux* sont dans l'état naturel. Le *cœur* est volumineux, son *ventricule gauche* hypertrophié. Les *valvules sygmoïdes* (aortiques) présentent chacune à leur centre un noyau épais et cartilagineux de la grosseur d'un grain de blé. Les *valvules mitrales* offrent plusieurs points analogues;

mais leur ossification est plus avancée; le scalpel ne peut parvenir à diviser leur partie centrale. Les *cavités et valvules du côté droit* sont à l'état normal. L'*artère aorte* est saine dans toute son étendue; seulement, son diamètre paraît un peu moins grand qu'à l'ordinaire. Immédiatement au-dessous de la bifurcation en *iliaques primitives*, celle du côté gauche est distendue par un caillot noir et consistant; ce caillot, jusqu'à la naissance de l'artère hypogastrique, est entouré par une fausse membrane épaisse, rougeâtre et résistante, qui tapisse les parois de l'artère; lorsque cette fausse membrane est enlevée, ces parois paraissent rouges, dépolies (enflammées). L'*artère hypogastrique* est obstruée par un caillot analogue à celui de l'*iliaque primitive*, mais il n'y a pas de fausse membrane, et ses dernières divisions sont *désobstruées* par le sang fourni par les anastomoses du côté opposé. L'*iliaque externe* et la *crurale* sont vides; la fausse membrane se prolonge dans la première de ces deux artères jusqu'auprès de la naissance de l'*épigastrique*; mais elle paraît moins épaisse à mesure qu'on l'observe plus inférieurement, et, comme le caillot n'y existe pas, le calibre de l'artère n'est que diminué, et il eût été susceptible de donner passage au sang. La rougeur inflammatoire se remarque encore dans la partie supérieure de la *crurale*. Le membre gangrené n'a jamais offert, au point de réunion de la partie vivante avec la partie morte, un cercle inflammatoire évident; cependant, à cet endroit, au-dessous de la peau, et jusque dans les régions les plus profondes, on remarque un pus épais et jaunâtre disséminé dans les tissus, et qui indique évidemment l'effort de la nature pour éliminer la portion gangrenée.

La *veine crurale* gauche est remplie d'un pus épais entièrement analogue à celui dont nous venons de parler; ce pus remonte assez haut vers la veine cave inférieure, mais en se mêlant de plus en plus au sang à mesure qu'on porte son examen plus près du cœur. Une fausse membrane, analogue à celle qui tapissait les parois de l'artère *iliaque primitive*, environne ce pus dans les veines *crurale* et iliaque, mais elle est moins consistante et moins adhérente; la membrane interne des veines est aussi plus lisse et moins rouge que celle de l'artère. Il est très-probable que ce pus n'a pas été le produit de l'inflammation des veines, mais qu'il a d'abord été apporté dans leur cavité, après avoir été absorbé dans les tissus qui en étaient infiltrés, comme nous l'avons vu, au point qui séparait la partie morte de la partie vivante, et qu'ensuite, par sa présence, il a déterminé une inflammation et la formation de la fausse membrane. Au reste, et cela a dû paraître remarquable (1), jamais les sensations de la malade n'ont pu indiquer un travail inflammatoire vers ces vaisseaux; et quoique, dès le principe, on ait pu facilement diagnostiquer une obstruction des artères iliaque ou crurale gauches, jamais la plus légère douleur, ressentie par la malade vers ces parties, n'a pu faire soupçonner la nature inflammatoire de l'obstacle; les douleurs ont toujours été rapportées à la partie postérieure de la jambe gauche.

(1) On n'objectera sans doute pas que les artères et les veines ont été rangées parmi les parties insensibles par les physiologistes et surtout par Haller; on sait, en effet, que les tissus les plus insensibles manifestent ordinairement une sensibilité très-vive sous l'influence de l'inflammation.

HISTOIRE

De l'épidémie dysentérique qui a régné en Bretagne en 1834 et 1835, et spécialement dans l'arrondissement de Châteaubriant;

Par MM. VERGER ET CHAUVIN,

Docteurs en médecine de la Faculté de Paris.

(Sixième article.)

A la fin du dernier article nous avons cité, parmi les causes occasionnelles, la peur de la dysenterie. Elle fut funeste à quelques riches habitants de nos campagnes; mais, quant à la masse des laboureurs, ils se voyaient mourir sans effroi, eux et leur famille. Pauvres malheureux! la vie est si dure pour eux, et si hérissée de privations et de misères!

Nous citerons un trait, parce qu'il peint mieux que toutes les descriptions et la religieuse résignation de nos paysans et la mort sans agonie dont nous avons parlé plusieurs fois.

Le nommé Communal, du Foyais-en-Saint-Aubin, se traînait par les rues de son village. Ayant aperçu le curé, il va à lui pour se confesser, disant qu'il va mourir. Le curé le rassure sur ce qu'il marche bien; il insiste et fait entrer le curé dans son écurie, afin d'éviter la puanteur de sa maison. Après avoir été confessé, non sans être interrompu plusieurs fois selon la coutume des dysentériques, par le besoin d'aller à la selle, il veut absolument

recevoir l'extrême-onction ; pour cela, il emmène le curé chez un de ses voisins, s'étend sur un lit, se fait administrer avec un sang-froid et une résignation incroyables, se relève et continue de marcher presque jusqu'au lendemain matin qu'il mourut.

Qu'il était beau de voir la religieuse résignation avec laquelle tous se préparaient à la mort! Sur plus d'un millier de paysans dysentériques que nous avons visités, à peine en avons-nous vu quelques-uns témoigner du regret de mourir ; nous ne nous souvenons même pas d'en avoir vu se plaindre, à l'exception toutefois d'une jeune fille qui pleurait de se voir mourir si jeune.

Cependant, un air morne et lugubre régnait dans toutes nos campagnes : plus de mariages, plus de noces ; à peine quelques baptêmes; car les femmes enceintes avortaient et faisaient des enfans morts-nés ou mourants ; plus de ces chants du soir qui rendent si belles les soirées d'été. On ne parle plus que de morts et de malades. Le long des haies et le long des chemins, partout, des convois funèbres. Il nous est arrivé, en entrant dans les bourgs à dix heures du soir, d'apercevoir de loin dans le cimetière les prêtres enterrant les morts à la lueur des flambeaux.

Dans les villes, on a vu les riches fuir en foule devant le choléra, et nous croyons qu'en effet c'est le meilleur antidote ; dans nos campagnes personne n'a fui : le laboureur a en effet bien d'autres attaches à sa chaumière que le riche à ses salons dorés. Il a et sa moisson et son troupeau, son unique ressource, et cette nature vivante et végétante qu'il voit grandir à mesure qu'il l'arrose de ses sueurs, tandis que le riche citadin n'a que ses écus, cette

matière inorganique, brute et morte, qui se prostitue à toutes les mains et qui ne nous fait de bien que quand elle nous quitte.

Nous n'aurions pas fait l'histoire de l'épidémie dysentérique, si en passant nous n'avions au moins dit quelques mots de l'aspect physique et moral des populations qu'elle a ravagées.

Nous ferions également une omission relativement aux moyens que nous avons employés contre la dysenterie, si nous n'ajoutions les quelques mots suivants à ce que nous avons déjà dit de notre manière de faire la médecine expectante. Nous n'avons pas coutume de passer brusquement de la médecine expectante aux médications héroïques ; souvent nous sondons et provoquons auparavant la nature par la *médecine exploratrice* ;

En chirurgie, par des ponctions exploratrices dans les tumeurs douteuses, par du mercure explorateur dans les ulcères suspects de syphilis, etc.; en médecine, par de petites saignées, de légers purgatifs, de petites doses d'opium, etc., à l'exemple de Stoll, qui dit : *Evacuationes fiant exploratoricæ per enemata eccoprotica, exiguas phlebotomias, etc.; indè enim indicationum certitudo oritur non rarò.*

Nous devons un mot d'explication aux médecins physiologistes : nous n'avons point parlé du *siége* de la dysenterie, et nous n'en parlerions point sans l'abus qu'on a fait de ce mot.

« Ce mot de *siége*, appliqué à la maladie en général, » dit le professeur Cayol (1), marque la *déviation* de la

(1) Clinique médicale.

» science médicale. Dans la doctrine hippocratique telle
» qu'elle a été comprise par les plus grands observa-
» teurs de tous les siècles, la maladie est essentiellement
» un acte de l'organisme, qui a une tendance, un but, un
» commencement et une fin; c'est conséquemment une
» fonction. Or, un *acte* ou une fonction suppose un ins-
» trument ou un organe, mais non pas un *siége*. Ce mot
» de *siége*, qui implique l'idée d'un corps, d'une existence
» matérielle, d'un *être*, ne peut donc pas s'appliquer à la
» maladie en général, mais seulement aux altérations de
» texture qu'elle produit dans nos organes... La fièvre
» n'est donc pas un *être* (une entité), comme on a affecté
» de le faire dire à ceux même qui ne l'ont jamais pensé...
» c'est un *acte* de l'organisme, une action provoquée,
» c'est-à-dire une réaction. »

Quant à ceux qui tiendraient à localiser la dysenterie, nous les prierions de nous apprendre en quels tissus *solidi vivi* ils ont trouvé le *siége* de la dysenterie. Est-ce dans le muqueux? dans le nerveux? dans les ganglions du grand sympathique? dans les semi-lunaires? dans le plexus hépatique? dans le plexus émulgent? et quel *être* ils ont trouvé dans ce siége? Décrivez les caractères anatomiques, prenez vos loupes et vos microscopes; mais ici nous vous dirons encore avec le professeur Cayol (Leçons orales): « N'allez
» pas croire, lorsque vous aurez mis à nu et palpé telle ou
» telle dégénération organique, que c'est elle qui a *pro-*
» *duit* tels ou tels symptômes, comme on le dit tous les
» jours, et si mal à propos. Les dégénérations organiques
» *produisent* (si l'on veut) des signes physiques, lors-
» qu'elles sont accessibles aux moyens directs d'explora-
» tion, ou lorsqu'elles exercent une action mécanique sur

» les parties ; mais elles ne *produisent* pas les symptômes,
» c'est-à-dire ces troubles de fonctions qui nous révèlent
» la souffrance et la réaction de tels ou tels organes ; car,
» de tous les groupes de symptômes qu'on s'est efforcé de
» rattacher aux diverses dégénérations organiques, vous
» n'en citeriez pas un seul qui ne se produise quelquefois
» sans dégénération aucune de la texture des organes :
» tout comme il n'est pas une seule de ces dégénérations
» organiques qui ne puisse exister et parvenir jusqu'à son
» dernier terme sans le groupe de symptômes qui lui
» est dévolu par la semeïologie anatomico-pathologique.
» De ces deux propositions, qui sont aujourd'hui incon-
» testables, et que nous vous présentons comme la der-
» nière analyse des investigations anatomiques de notre
» époque, il faut nécessairement conclure que les dégéné-
» rations organiques ne sont pas *cause*, mais *effet*. Et dès-
» lors, nous sommes fondés à vous dire qu'au lieu d'user
» votre vie à chercher toujours quelles sont les dégénéra-
» tions organiques et les altérations de texture qui *produi-*
» *sent* les symptômes des maladies, il serait bien temps
» de s'inquiéter un peu de savoir ce qui *produit* ces dégéné-
» rations elles-mêmes, en étudiant sérieusement les carac-
» tères, la marche et la tendance des actes vitaux qui les
» préparent et qui les *produisent* réellement. »

Nous avons dit dans le troisième article (juillet 1835) que dès le commencement de l'épidémie, nous eûmes hâte de connaître ce qu'avait pu révéler l'anatomie pathologique à Rennes, à Nantes, à Angers. Un interne distingué de l'Hôtel-Dieu de Nantes, notre ami M. Deluen, fit, à notre demande, des recherches à ce sujet, sous la direction des professeurs de clinique. Que répondit l'anato-

mie pathologique? rougeur, injection, boursouflement, pointillations, épaississement, ramollissement, taches blanches, irrégulières, fonds noirâtres, rugosités, ulcérations, etc., toutes choses déjà décrites dans les ouvrages qui ont traité de l'anatomie pathologique non-seulement de la dysenterie, mais de presque toutes les maladies du tube intestinal.

Et pourtant, il y a bien des variétés de maladies intestinales et bien différentes sous le rapport des symptômes comme sous celui du traitement, bien que tout-à-fait semblables sous le rapport anatomique; nous avons même démontré précédemment qu'il y a bien des espèces d'épidémies de dysenterie, et des dysentéries très-différentes. Donc l'*ultima ratio* des maladies n'est pas dans l'anatomie pathologique.

Donc, si nous faisions ici usage de la démonstration *ab absurdo* qui, entre les mains de Newton, de Pascal et de tous les savants, a toujours servi dans les sciences de *criterium* et de contre-épreuve aux théorèmes, nous arriverions d'après l'anatomie pathologique à cette conséquence, qu'il faut employer le même traitement dans toutes les maladies intestinales, ce que la pratique a démontré absurde.

Nous sommes loin de répudier l'anatomie pathologique: c'est une des conquêtes les plus brillantes des temps modernes; nous savons quelle puissance de pronostic surtout elle a donné aux Corvisart, aux Bayle, aux Laënnec; et c'est précisément parce qu'elle est bonne que nous en redoutons les abus. L'histoire des bonnes choses dont on a abusé (en morale, depuis la religion jusqu'à la parole; en médecine, depuis la saignée et les sangsues jusqu'aux purgatifs et aux médications héroïques), formerait une

page d'autant plus lamentable des misères humaines, qu'on a vu des hommes se servir pour le meurtre de la main qui leur avait été donnée pour répandre des bienfaits.

D'un autre côté, les meilleurs remèdes ne sont-ils pas fournis par les poisons les plus meurtriers ?

Ce n'est pas nous qu'on verra mépriser l'anatomie pathologique, nous qui , retenus par des préjugés que nous déplorons , nous voyons empêchés dans nos campagnes de faire des autopsies que nous payerions souvent au prix de l'or.

Pendant les deux dernières épidémies, il nous a été tout-à-fait impossible de faire aucune autopsie. Hélas ! il faudra donc attendre pour cela que nos pauvres campagnes soient dotées d'hôpitaux établis sur de larges bases ! Et combien faudra-t-il attendre !

Un des abus les plus graves selon nous de l'anatomie pathologique, c'est (ou plutôt ce fut) la manie de donner à toutes les maladies des noms localisateurs, et dont une des conséquences les plus absurdes fut de changer le nom de fièvre intermittente en celui de gastro-entérite, et conséquemment de remplacer le quinquina par les sangsues, et de lui renier sa spécificité.

Ce fut également par suite de cette *antique* fureur des anatomo-pathologistes à rebaptiser les maladies, qu'ils avaient appelé la dysenterie *entéro-colite* ! Et dans les ouvrages mis entre les mains de la jeunesse médicale, on nous a parlé pendant cinq ou six ans d'*entéro-colite épidémique*.

Croyez-le, il viendra un temps, et il est déjà venu, où le médecin à qui tombera par hasard sous les yeux le nom

d'*entéro-colite* épidémique ; pour signifier la dysenterie épidémique, croira qu'on lui parle arabe; et le bon vieux langage de nos pères, ce nom séculaire de *dysenterie*, survivra aux systèmes comme le nom terrible de choléra à celui de gastro-entérite qu'on balbutia tout bas un matin au Val-de-Grâce, il y a quatre ans.

Pour nous, ce n'est pas ainsi que nous avons été formés au langage médical : ce n'est pas là l'esprit des *principes de nosologie* dont le professeur Cayol nous a donné le tableau dans sa *Clinique médicale* (p. 112).

Nous l'avouerons ici, parce que c'est la vérité : la lecture de la *Clinique médicale* de M. Cayol, que nous avons bien des fois citée dans cet écrit, nous a été et nous est encore d'un grand secours dans notre pratique. Si ces quelques pages sur la dysenterie épidémique semblent à quelques-uns être le langage d'une saine philosophie médicale, nous éprouvons le besoin de dire à ceux-là que cette philosophie est en nous une tradition plutôt qu'une conception, qu'elle n'est qu'un faible reflet de la lumière qu'a produit sur notre esprit spécialement la clinique du professeur Cayol. Et si nous avons essayé timidement d'*expliquer* et de commenter les *faits*, ce n'est qu'en nous appuyant à chaque pas sur la tradition hippocratique. Nous n'aurions même jamais osé entreprendre d'écrire cette *histoire*, si ce n'eût été, comme nous le disions en commençant, afin d'enhardir les praticiens des campagnes à ne pas emporter avec eux dans la tombe le fruit de leur expérience, et si d'un autre côté nous n'avions compté sur une grande indulgence en faveur de jeunes médecins des campagnes, presque dès leur début jetés seuls et sans chefs sur le champ de bataille des épidémies.

§ VI. — *Résumé formulé en propositions* (suite) (1).

16° *Définit. d'après les symptômes.* — La dysenterie est une maladie (des humeurs probablement) inconnue dans sa nature, mais très-reconnaissable aux symptômes suivants : ténesmes, coliques, besoins d'aller sans cesse aussi douloureux qu'ils sont multipliés. Selles variables, très-peu abondantes, formées ordinairement d'albumine filante ou d'eau rousse mêlée de caroncules, de sang, de grumeaux de bile, de graisse fondue et d'écumes.

17° Marche toujours ascendante de la sécheresse depuis trois ans ; presque point de pluie, presque point de froid, point d'hivers proprement dits.

18° Presque point d'autres maladies que la dysenterie.

19° Dès les mois de mai et de juin 1835, comme en 1834, période d'incubation générale caractérisée par les perturbations intestinales connues sous le nom de cholérine.

20° Au moins trois foyers distincts : un par récidive,

(1) Voir les 15 premières propositions au troisième article (juillet 1835). Nous avions d'abord, d'après les motifs graves développés en notre premier article (janvier 1835), divisé notre résumé, comme le reste de notre travail, en propositions de *faits* incontestables et en inductions ou propositions d'*explications*, d'opinions. Nous nous contentons, en ce moment, de mettre en tête les propositions de faits sans les indiquer. Mais nous sommes bien aise d'avoir l'occasion de rappeler ici combien il est important de faire ce triage tant dans notre travail que dans les autres ouvrages, sous peine de rejeter ou d'adopter légèrement les *faits* à cause des *opinions*. Nous le répétons, celui qui saura faire cette distinction capitale aura trouvé la clé de la science, et surtout la clé de l'antiquité.

un par dysenterie chronique, et le troisième immédiatement après un voyage dans un foyer dysentérique.

21° Périodes d'invasion et d'augment, en juillet, pour les communes grièvement atteintes, puis successivement et plus tard pour les autres; et la gravité était généralement en proportion de la précocité.

22° Période d'état à la fin d'août et au commencement de septembre.

23° Summum dans la première quinzaine de septembre.

24° Période de déclin en octobre et novembre.

25° Quelques foyers avaient déjà parcouru leurs trois périodes, tandis que quelques-autres n'avaient pas encore commencé. Ceux qui n'eurent leur période d'augment qu'après le *summum* de l'épidémie furent bénignement traités : Châteaubriant, Soudan, Niort, etc.

26° A la période d'augment, les symptômes de réaction fébrile l'emportaient généralement sur ceux de prostration.

27° A la période d'état : symptômes souvent cholériformes.

28° A la période de déclin, les symptômes de prostration dominent; ils ressemblent à ceux de la période de dévoiément des fièvres putrides.

29° A l'époque de l'invasion en chaque foyer, les malades n'avaient généralement d'analogie avec ceux des foyers en pleine activité d'infection que par les symptômes locaux et les selles. L'état général différait presque de l'état fébrile d'une fièvre inflammatoire à celui d'une fièvre adynamique.

30° Tant que l'épidémie ne régnait pas dans un foyer par maisonnées, mais par cas isolés (et on pouvait dire

qu'alors la dysenterie n'y était pas encore épidémique) la dysenterie glaciale n'apparaissait pas généralement.

31° (1) « Quelques faits (de moins en moins rares) portent l'empreinte d'une filiation contagieuse manifeste, » quoique l'immense majorité des personnes mises en contact avec les dysentériques n'en aient rien ressenti, surtout lorsqu'elles ne couchaient pas dans la même maison. » Cependant, on était frappé de cette différence d'avec » les maladies sporadiques, qui même, lorsqu'elles règnent catastatiquement, n'atteignent qu'un individu par » maison. »

32° Comme beaucoup de monographies de dysenterie épidémique, nous avons constaté que nos deux épidémies de 1834 et 1835 ont commencé avec les chaleurs de l'été (avant les fruits), et qu'elles ont cédé devant l'hiver.

33° Constatons également avec les mêmes auteurs, en attendant qu'on puisse l'expliquer, que la dysenterie a épargné les villes autour desquelles elle régnait : Rennes, Nantes, Angers et Châteaubriant, où elle a régné seulement dans les faubourgs.

34° Les femmes enceintes ont généralement avorté, et leurs enfants venaient au monde avec la dysenterie, et en mouraient quand ils n'étaient pas déjà morts. (N'est-ce point une preuve de contagion ?)

Ceux qui ne s'étaient pas bien guéris de la dysenterie souffraient long-temps d'œdèmes ou de rhumatismes articulaires.

---

(1) Relativement à la contagion, nous ne pouvons trop répéter ces propositions de notre 3e article (juillet 1835) confirmées par une année de nouvelles observations. Nous ne saurions rien dire de plus exact, de plus précis et de plus vrai.

35° La dysenterie est plus meurtrière que le choléra, les chiffres le prouvent (voir plus bas la statistique).

36° Foyer précoce, foyer nombreux, foyer central, rapidité de la propagation, période d'état (et quelques cas toujours mortels de la période de déclin caractérisés par des selles putrides abondantes), enfance, sexe féminin, vieillesse surtout : tous signes de gravité.

37° La résignation religieuse de tous et de chacun, au milieu de la stupeur générale, donnait à notre pays un aspect imposant qui contrastait avec la fuite des habitants des villes et leurs clameurs d'empoisonnements à l'approche du choléra.

38° Trois degrés de gravité : 1° les uns désespérés où dès le commencement la mort signalait son triomphe par une cadavérisation anticipée; la nature frappée de sidération était inerte à tout traitement : *naturâ inerti omnia vana*. On les vit à la période d'état et un seul à la période de déclin. 2° Une multitude de cas tout-à-fait bénins qui guérissaient avec ou malgré tous les remèdes. Ce furent la plupart de ceux de la période d'invasion et de la période d'augment, et dans les autres périodes ceux où l'on conservait de l'appétit et assez de force pour ne point s'aliter. 3° Entre ces deux extrêmes il y avait mille nuances, mille cas qui pouvaient bien ou mal se terminer, selon qu'ils étaient bien ou mal traités : il y en eut dans toutes les périodes; ils marquèrent surtout les transitions d'une période à l'autre.

39° Point de spécifique contre la dysenterie, point d'anti-dysentérique universel.

40° N'adoptez donc aucune méthode exclusive.

41° Élevez-vous graduellement (indications incertâ) de la

médecine expectante à la médecine exploratrice et aux médications héroïques.

42° L'opium soulage constamment les malades; mais il ne coupe point la maladie comme le quinquina coupe la fièvre intermittente; il la mène ordinairement lentement vers la guérison.

43° Dès que l'opium reste sans effet, donnez un évacuant, puis reprenez l'opium.

44° Donnez l'opium à haute dose et augmentez jusqu'à effet produit.

45° Les purgatifs donnés même seuls produisent des résultats frappants : ils *coupent* eux quelquefois la dysenterie. Généralement il faut leur adjoindre l'opium : ainsi ils viennent au secours de l'opium, et l'opium vient à leur secours, *et conjurant amice.*

46° Puisque les selles bilieuses, les urines et les sueurs jugent la dysenterie, veillez à les provoquer à propos par les purgatifs, les diurétiques et les sudorifiques.

47° Maintenez la peau plutôt au-dessus qu'au-dessous de l'état normal, afin que la nature puisse mener à bien son travail réactionnaire éliminatoire.

48° Soyez sobres d'émissions sanguines.

49° Quand vous trouverez un malade glacé et sans pouls, réchauffez-le avant tout par les rubéfiants, les vésicants, les excitants, etc.

50° Exigez le séjour absolu au lit afin de conserver au corps la moiteur salutaire du lit. Que le malade soit constamment revêtu d'une camisole, même pendant les chaleurs de la canicule, à cause de la nécessité où il est de sortir sans cesse de dessous ses couvertures.

51° Que si, à cause de l'infection de la maison, vous

permettez de sortir, que ce soit pendant la chaleur du jour.

52° Quand vous le pouvez, séquestrez les malades, à moins qu'ils n'aient pour cela que d'humides celliers sans feu, sans air et sans ouvertures. Il vaudrait mieux alors les mettre dans les greniers.

53° Ne négligez point la *dysentérine*, traitez-la par un bon régime, les soins hygiéniques, et le soir un peu d'opium.

54° *A juvantibus et lædentibus fit indicatio* : donc en dépit des systèmes, donnez, selon les cas et les effets produits, le vin, les excitants, les toniques et une légère alimentation. Ministres de la nature, ne méprisez pas la voix de la nature quand elle vous les demande par les cris de vos malades, et quand ils s'en trouvent mieux que des drogues contre lesquelles leur cœur se soulève.

55° Sans vous inquiéter de ce que les astringents ont été tour à tour vantés et proscrits outre mesure comme tout le reste en médecine, donnez-les lors de l'état chronique à ces malades qui inondent leurs lits de selles séreuses.

56° Puisque la dysenterie a précédé de bien loin la saison des fruits et le cidre nouveau, et que par conséquent ceux-ci ne peuvent en être la cause, puisqu'au contraire l'expérience a partout démontré qu'ils sont utiles et qu'ils changent la dysenterie *in diarrhœam salutarem et facilem curatu*, conseillez-en l'usage modéré à l'exemple de Zimmermann et des autres épidémologistes.

57° Transporter un dysentérique d'un foyer dans un lieu où l'on n'a remarqué aucun symptôme d'incubation, c'est le meilleur antidote pour lui, et la contagion ne paraît

pas à craindre pour ceux chez qui il va, tant qu'on n'aura point vu en ce lieu de symptômes de la période d'incubation; car il paraîtrait que la contagion est impossible hors du domaine de l'influence épidémique.

58° Quant à ceux qui sont sous la période d'incubation, il paraît que chaque rapport avec les dysentériques leur ajoute un peu de lev in dysentérique.

59° Comme celles du choléra, la nature et la cause première de la dysenterie épidémique sont un mystère.

60° Est-ce par influence épidémique, est-ce par infection, est-ce par contagion, ou plutôt n'est-ce pas par ces trois modes à la fois que la dysenterie se propage ?

61° Nous livrons le problème suivant aux médecins physiologistes et anti-contagionistes : Pourquoi la dysenterie a-t-elle respecté d'une manière si frappante les communes, hameaux, maisons, individus qu'elle avait attaqués la première année ?

(Dans le prochain cahier, nous donnerons la statistique de l'épidémie, et quelques aperçus sur les moyens d'importer dans nos campagnes les institutions qui mettent les villes à même de combattre plus efficacement les épidémies).

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Manuel des Maladies vénériennes, par C. M. GIBERT, médecin de l'hôpital de l'Ourcine (vénériens-femmes). — 1 gros vol. in-18. — Paris 1836.

Arrivant un peu tard pour rendre compte de cet ouvrage, publié depuis plus de six mois, nous avons du moins cet avantage que les éloges qu'il a déjà reçus de plusieurs journaux de médecine rendront notre tâche plus facile et nous affranchiront de tout soupçon de complaisance et de partialité.

M. Gibert semble avoir entrepris de réhabiliter les *manuels*, un peu déchus, il faut le dire, et non sans quelques motifs plausibles dans l'opinion publique. Nous pensons comme lui, néanmoins, que les manuels exécutés d'après le plan qu'il a tracé, et appliqués à des spécialités, ainsi qu'il en a donné l'exemple pour les *maladies de la peau* et pour les *maladies vénériennes*, sont des livres précieux dans la bibliothèque d'un praticien, et surtout des livres essentiellement usuels. Trop souvent on a reproché à la forme ce qui tenait en réalité au fond, et si le *Manuel* a été tant décrié par quelques critiques, ce sont plutôt encore les auteurs qu'il en faut accuser que l'ouvrage.

Les *maladies vénériennes*, en particulier, se prêtent merveilleusement à ce genre d'écrit; que l'on examine les *Traités* les plus estimés et les plus modernes, et l'on se

convaincra facilement qu'ils n'auraient pu que gagner à être réduits à des proportions qui en auraient élagué le superflu. Pour ne parler que du livre qui, il y a peu d'années encore, jouissait le plus de la faveur publique (le *Traité* de M. Lagneau), croit-on qu'il n'y aurait pas eu un grand avantage à en élaguer les considérations sur les *complications*, qui remplissent près des trois quarts du second volume, et qui ne sont, à bien prendre, que des bannalités et du remplissage.

D'ailleurs, la forme presque compacte que l'on donne aujourd'hui aux *manuels*, les rend, même matériellement parlant, beaucoup plus substantiels que les plus gros volumes qui se publiaient il y a une dixaine d'années.

C'est, en particulier, ce que nous devons dire du nouvel ouvrage de M. Gibert ; ce manuel offre, en près de 700 pages, 1° une partie *historique* très-complète, encore que succincte; 2° une description de chacun des symptômes caractéristiques de la maladie, tellement exacte et tellement détaillée, que nous pouvons affirmer que dans aucun traité on ne la trouverait ni aussi instructive ni aussi intéressante; 3° un tableau général de la syphilis, où sont groupés tous les symptômes précédemment décrits, et où tout ce qui se rattache à la marche, à la durée, à la théorie, est traité de main de maître; 4° un exposé méthodique des ressources de la thérapeutique ancienne et moderne appliquée au traitement de la syphilis; 5° un formulaire qui comprend les médicaments les plus usités.

Si nous ajoutons que, dans chacune de ces divisions, l'auteur a pris soin d'exposer fidèlement l'état de la science, empruntant aux écrivains classiques tout ce qu'ils

pouvaient lui fournir de curieux ou d'utile, jugeant à l'aide de sa propre expérience les points obscurs et litigieux, et posant nettement la limite précise entre les *progrès* nés de l'observation plus minutieuse des modernes, et les *erreurs* propagées par des esprits systématiques ou par des observateurs superficiels qui trop souvent ont confondu l'amour du neuf avec l'amour du vrai....; si enfin nous disons que l'ouvrage est écrit avec tant de clarté, de simplicité et de correction, que, dans tous ses détails, la lecture en est facile, agréable et intéressante....., assurément, nous pourrons paraître un peu complimenteur, et cependant nous n'aurons dit que l'exacte vérité.

Notre intention n'est point de donner ici l'analyse détaillée d'un livre qui est déjà entre les mains de beaucoup de médecins; bornons-nous à signaler brièvement quelques-uns des points sur lesquels se fixe aujourd'hui l'attention publique.

On a beaucoup disputé sur l'*origine* de la maladie vénérienne, et plusieurs médecins, craignant de paraître arriérés, se sont laissés aller à croire sur parole les écrivains modernes qui ont cherché à renverser les croyances du siècle qui nous a précédé. Nous pensons avec M. Gibert que l'historique tracé par *Astruc* est encore aujourd'hui ce qu'il y a de plus complet et de plus exact sur la matière; l'auteur y a ajouté une réfutation de quelques opinions bizarres émises par certains écrivains de nos jours. Nous avons regretté que les critiques qui se sont refusés à adopter le sentiment de M. Gibert ne lui aient opposé que de vagues dénégations...; il est vrai qu'en matière historique et scientifique, ce système est plus commode que celui qui s'appuie sur des citations, des dates et des preu-

ves. Nos lecteurs ont d'ailleurs pu prendre connaissance déjà dans la *Revue médicale* de la manière dont l'auteur a envisagé son sujet. (Voyez l'art. *Philosophie médicale* du n° de décembre 1835.)

Il nous paraît donc à peu près certain, ainsi qu'à M. Gibert, que les auteurs anciens n'ont point connu la syphilis (bien qu'ils aient observé des inflammations génitales ou anales dues à la malpropreté, aux excès du coït, à la pédérastie, etc.); que cette maladie a paru en Europe, pour la première fois, dans les dernières années du quinzième siècle; qu'elle ne peut, en aucune façon, être considérée comme une dégénération de la *lèpre*, ou de toute autre affection.

A cette occasion, nous signalerons l'erreur péremptoirement réfutée par M. Gibert, qui consiste à regarder les *syphilides*, et notamment les pustules de la peau, comme ayant été les symptômes les plus ordinaires de la maladie à son début. La syphilis a toujours eu la même marche, elle a toujours offert son cortége habituel de symptômes *primitifs* et de symptômes *consécutifs*. Mais, à une époque où la liaison et l'ordre de succession de ces symptômes n'étaient pas bien connus, le vulgaire et les observateurs superficiels ne s'attachaient qu'aux phénomènes les plus apparents, et c'est ainsi qu'on explique comment, dans certains écrits, les pustules du visage sont signalées comme les premiers symptômes de la vérole. Ce préjugé s'est conservé dans le monde long-temps encore après que les médecins eurent reconnu et constaté la succession constante des phénomènes propres à la syphilis. Ne trouve-t-on pas, par exemple, dans les fameux couplets attribués au grand *Rousseau*, au commencement du XVIIIe

siècle, le trait suivant destiné à caractériser la vérole :

« *A son visage boutonné*
Je reconnais le mal immonde;
Mal qu'à sa femme il a donné,
Et qu'elle rend à tout le monde. » —

La *blennorrhagie* est encore aujourd'hui un sujet de discussion et de controverse pour les praticiens. Swédiaur a certainement fait faire un progrès à la science, en insistant, plus encore qu'on ne l'avait fait avant lui, sur l'existence d'une inflammation non virulente et simplement catarrhale du canal de l'urètre. L'opinion émise par M. Ricord, qui cherche à fonder sur la présence ou l'absence de *chancres* dans l'urètre, la distinction à établir entre la blennorrhagie syphilitique et celle qui ne doit point donner lieu à une infection générale, nous paraît plus spécieuse que juste. Du moins demanderait-elle à être appuyée sur des observations nombreuses et authentiques : or, chez l'homme, rien de plus rare et de plus difficile à constater que les ulcères du canal de l'urètre (cette thèse est suffisamment établie dans le livre de M. Gibert); et chez la femme, l'histoire de la blennorrhagie est hérissée de beaucoup d'obstacles et de difficultés. Dans un chapitre fort intéressant et l'un des plus complets de tout l'ouvrage, l'auteur du *Manuel* que nous annonçons s'est efforcé de surmonter ces obstacles et de lever ces difficultés. Appuyé sur des observations choisies et sur l'expérience spéciale qu'il a dû acquérir dans l'hôpital dont il est le médecin, il a cherché à fixer le siége de la blennorrhagie chez la femme, et il est arrivé à des conclusions fort analogues à celles qu'avait posées déjà M. Boyer, savoir : que, chez la femme comme chez l'homme, le canal de l'urètre est le

siége spécial (et quelquefois unique) de la blennorrhagie, mais que, chez les femmes débauchées surtout, presque toujours l'inflammation se propage au vagin, où elle se prolonge même après que celle de l'urètre a disparu. Quant au traitement, M. Gibert pense que, dans le doute, on doit s'abstenir, et que, comme rien ne peut indiquer par avance quelle est la blennorrhagie qui sera suivie de symptômes consécutifs et quelle est celle qui en sera exempte, il n'y a pas d'inconvénients à attendre, pour agir, l'apparition de ces symptômes. Ce qui détermine surtout à suivre cette marche, c'est, d'une part, l'inefficacité évidente des mercuriaux dans le traitement de la chaudepisse, et, d'autre part, le long temps qui s'écoule ordinairement entre la fin de l'écoulement et l'apparition des symptômes consécutifs; en sorte que là moins encore que dans tout autre cas, on peut discerner par avance le genre et la durée du traitement spécifique convenable. A l'occasion de la blennorrhagie, et plus loin encore, en traitant de la description générale de la syphilis, M. Gibert s'attache à préciser la nature des diverses affections du col de l'utérus, que l'examen au spéculum fait découvrir. Sans oser se prononcer encore d'une manière absolue, il est porté à croire, d'après les nombreuses recherches qu'il a faites à l'hôpital de l'Oursine, que des ulcérations et des érosions de nature fort diverse peuvent se rencontrer au museau de tanche. Les vrais *chancres*, analogues aux chancres primitifs externes, y sont fort rares; les ulcères *consécutifs* y sont plus communs; enfin des érosions superficielles et inflammatoires, qui guérissent sans aucun traitement spécial, s'y rencontrent assez souvent.

M. Gibert rejette, avec M. Cullerier, la pratique des *inoculations* employées comme moyen de diagnostic. D'abord, c'est un moyen infidèle, puisque, de l'aveu de M. Ricord lui-même, le chancre n'est communicable par cette voie qu'à une certaine époque de sa durée, et que d'autres phénomènes y sont complètement réfractaires (les tubercules plats), encore qu'ils soient bien certainement contagieux. Ensuite, est-il bien permis au médecin d'ajouter ainsi une maladie à une autre, un nouveau foyer d'infection à celui qui existe déjà ; et si l'inoculation ne réussit pas, faudra-t-il la répéter jusqu'à ce qu'elle réussisse, ou pourra-t-on se hâter d'affirmer, sans crainte d'erreur, que toute chance de contagion ou d'infection est impossible?

Une circonstance assez curieuse dans l'étiologie de la syphilis, c'est le long temps qu'elle met souvent à se déclarer chez l'enfant qui en a puisé le germe dans le sein de sa nourrice. M. Gibert rapporte à cette occasion une observation recueillie à l'hôpital de l'Ourcine, et qui est doublement remarquable, tant sous le rapport du développement tardif et du symptôme bizarre de la maladie chez l'enfant, que de la valeur du seul symptôme observé chez la mère. Celle-ci portait, à son insu, un ulcère syphilitique consécutif du museau de tanche ; l'enfant avait un ulcère vénérien des mieux caractérisés dans le conduit auditif externe, et la mère aurait été déclarée saine si l'on avait négligé de l'examiner à l'aide du spéculum.

Il n'y a peut-être pas de maladie dont la thérapeutique soit plus influencée par les idées théoriques que la syphilis. Si donc il est important de ne pas se décider légèrement à abandonner la méthode que trois siècles d'expérience ont fait proclamer la meilleure, il faut également

se tenir en garde contre les systèmes qui, sous prétexte de *rationaliser* l'étude de la maladie vénérienne, tendent aussi à faire préférer au remède empirique une cure méthodique et rationnelle.

L'auteur du *Manuel des maladies vénériennes* a très-bien fait voir que déjà l'observation d'un âge antérieur avait fait justice de ces méthodes *rationelles*, et que c'est précisément parce qu'on en a reconnu l'impuissance qu'on leur a préféré en définitive la méthode *spécifique*. Voici les propres paroles de l'auteur :

« ... C'est d'ailleurs une chose curieuse de voir les amis du progrès et du nouveau revenir aux errements des médecins qui, dans la première moitié du seizième siècle, s'accordaient à peu près universellement à appliquer au traitement de la maladie vénérienne une méthode qu'ils appelaient, tout comme les médecins physiologistes de nos jours, simple et *rationelle*. Voici quelles étaient, en effet, les bases principales de leur pratique : 1° ils faisaient garder une grande *diète* ; 2° ils *saignaient* au commencement de la maladie ; et dans le cours du mal, ils recouraient aux *sangsues* et aux ventouses ; 3° ils prescrivaient es purgatifs, les apozêmes dépuratifs et altérants, les boissons rafraîchissantes, telles que le petit-lait, les sucs d'herbes, etc. ; 4° ils employaient les *bains* tièdes, généraux et locaux, soit simples, soit avec addition de diverses substances émollientes ; ils recouraient même, au besoin, aux bains de vapeur et aux *fumigations*.... ; enfin ils mettaient en usage divers topiques émollients, détersifs, cathérétiques, suivant les indications qu'offraient les symptômes locaux. »

Or, si dans le XVI° siècle tous ces moyens se sont mon-

très-inefficaces, et s'il a fallu, malgré toute la répugnance que leur inspiraient les méthodes mercurielles employées alors avec peu de discernement et de prudence par des empiriques et des charlatans, s'il a fallu, dis-je, que les médecins de cette époque se décidassent à soumettre leur science à l'empirisme, il est peu probable qu'aujourd'hui où le traitement spécifique est appliqué d'après les règles d'une thérapeutique éclairée, les médecins du XIX[e] siècle réussissent mieux que leurs prédécesseurs, à faire prévaloir la théorie sur la pratique.

Et n'avons-nous pas vu d'ailleurs absolument les mêmes vicissitudes se montrer dans la thérapeutique des fièvres intermittentes?

Là aussi, jadis comme aujourd'hui, les esprits systématiques se sont efforcés de secouer le joug de l'empirisme, mais là aussi ils ont été obligés de reconnaître la supériorité de la méthode *spécifique* sur celle que l'on pouvait appeler *rationelle*, encore que le premier indice d'une raison mûrie par l'expérience soit de se soumettre aux faits, même lorsqu'elle ne peut ni les expliquer ni les comprendre.

Mais, préférer la méthode spécifique sur laquelle l'expérience a prononcé à toutes les autres méthodes plus satisfaisantes pour l'esprit, ce n'est pas se jeter en aveugle dans les sentiers de la routine et de l'ignorance. Le meilleur remède réclame nécessairement le concours de certaines circonstances; donné trop tôt ou trop tard, à trop forte ou à trop petite dose, trop long-temps ou pendant un espace trop court, sous une forme ou sous une autre, à des sujets placés dans des conditions d'âge, de constitution, de santé, de localités différentes, etc., le même

médicament peut avoir les résultats les plus divers, et lorsqu'il devient nuisible au lieu d'être utile, c'est bien plus souvent le médecin que le remède qu'il faut accuser. Nous renvoyons au livre de M. Gibert pour tout ce qui se rapporte à ce genre de considérations qu'il nous suffit d'avoir indiquées ici.

« .... En somme (dit l'auteur à la fin du chapitre consacré à l'exposition du traitement), nous regardons encore aujourd'hui le mercure comme le remède le plus sûr et le mieux éprouvé de la syphilis ; administré avec la méthode et la prudence convenables, il suffit seul à la guérison et n'amène aucun accident à sa suite, dans l'immense majorité des cas. Nous reconnaissons toutefois qu'il est des sujets réfractaires à son action, et chez lesquels on doit essayer d'autres méthodes de traitement ; nous reconnaissons surtout que l'emploi des moyens préparatoires et auxiliaires concourt singulièrement à la guérison et tend principalement à prévenir les accidents qui pourraient résulter de l'action intempestive ou de l'abus du remède. »

M. Gibert a su tirer parti d'une circonstance qui est venue donner un nouveau prix à son *Manuel*; il a consigné dans son livre des extraits de rapports faits au nom de plusieurs sociétés savantes du royaume (notamment de celle de Lyon), à l'occasion des questions traitées au congrès de Nantes.

Certes, comme le dit fort justement l'auteur, le suffrage de presque toutes les sociétés savantes donné en faveur des doctrines soutenues dans le *Manuel des maladies vénériennes*, s'il n'en garantit point l'infaillibilité, tend, du moins, on ne saurait le nier, à établir de très-fortes présomptions.

Aussi, répéterons-nous, en terminant, avec M. le docteur Gibert, que dans des questions où il est toujours très-facile d'opposer des arguments à des arguments, voire même *des chiffres* à des chiffres..., nous n'hésitons pas à préférer ceux qui ont été sanctionnés par l'expérience et la raison DU TEMPS...., ce grand redresseur de torts, comme dit *Montaigne*!

J. N. P.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Empyème opéré. — Coloration des poisons, dans le but de prévenir les empoisonnements fortuits. — Dangers de l'abus des médicaments actifs. — Phthisie laryngée.

Journal de la Société de médecine de Bordeaux. (Octobre 1836.)

Pleurésie double avec épanchement sanguin à droite; épanchement séreux à gauche; opération de l'empyème; diarrhée; par M. E. PEREYRA, D. M. P., médecin-adjoint de l'hôpital Saint-André. — Elie Despinio, de Trieste, âgé de vingt ans, d'une assez forte constitution, s'embarqua, en qualité de matelot, à bord du brick autrichien *l'Arminio*, le 20 mai 1836. De Trieste, le bâtiment se dirigea sur Fiume pour y prendre son chargement. Un mois après son départ, Elie fut atteint d'une éruption que nous avons jugé être la rougeole, d'après la description qu'il nous en a donnée.

Obligé de continuer ses travaux, et par conséquent de

s'exposer aux intempéries de l'air, cette éruption disparut tout-à-coup le deuxième jour. Il ressentit aussitôt une vive douleur dans le côté droit de la poitrine, qui le força de garder le repos. Elle devint de plus en plus oppressé. La douleur se fit quelques jours après sentir du côté opposé. On le transporta à l'hôpital Saint-André, le 12 août 1836, immédiatement après l'arrivée du bâtiment dans notre port.

Il fut placé au n° 17 de la salle 14, service de M. le docteur Dutrouilh. Il nous présenta les symptômes suivants :

Face pâle, bouffie ; peau de tout le corps pâle ; pieds et jambes infiltrés, ainsi que la main et l'avant-bras droit, oppression, parole brève et saccadée. Point de toux ; douleur assez vive rapportée au côté gauche et à la base de la poitrine. Le malade ne peut rester couché que sur le côté droit. Dilatation considérable de ce côté, où il n'accuse aucune douleur. Langue pâle ; pouls petit et dur.

Je l'auscultai avec attention après la visite. Je constatai les signes suivants : le côté droit de la poitrine présentait à la mensuration, dans son milieu, à peu près trois pouces de plus que le côté gauche, et à peu près cinq pouces à la base de la poitrine. Une saillie assez considérable existait à la partie postérieure et externe du côté droit de la poitrine. Dans cette partie surtout les intervalles intercostaux étaient considérablement augmentés.

Le son était entièrement mat dans tout ce côté de la poitrine ; il était assez clair à gauche, mais très-obscur à la partie inférieure. La respiration ne s'entendait à droite qu'à la partie supérieure antérieurement et à la partie postérieure et supérieure. Partout ailleurs, le murmure respiratoire était nul. On entendait sous l'aisselle une égophonie évidente.

La respiration s'entendait à gauche dans tout le poumon de ce côté, mais elle était accompagnée d'un léger râle

plaintif, et semblait être un peu gênée. L'inspiration se faisait beaucoup mieux que l'expiration.

Nous diagnostiquâmes une pleurésie double, avec épanchement considérable du côté droit de la poitrine.

Après avoir été saigné, le malade ayant eu, avant la visite, une application de sangsues sur le côté gauche, prescrite par M. le chef-interne, fut mis à l'usage des diurétiques à haute dose, traitement qui a réussi souvent à M. le docteur Dutrouilh.

Les symptômes augmentèrent d'intensité. M. Dutrouilh fit appliquer une large traînée de potasse caustique dans un intervalle intercostal. Les mêmes moyens furent continués. Quelques pilules hydragogues de Bontius furent administrées à plusieurs jours d'intervalles. L'oppression augmenta, ainsi que tous les autres symptômes. M. Dutrouilh fit appliquer une autre traînée de potasse à la partie postérieure et externe, entre la neuvième et la dixième côte, à la base de la voussure que nous avons mentionnée plus haut.

L'oppression augmente de plus en plus. A la visite du 8 septembre, le malade ne pouvait plus se tenir couché. Il était sur le point de suffoquer; le pouls était petit, concentré. Il devenait urgent d'apporter un prompt soulagement à ce malade. Tout nous faisait présager une fin très-prochaine. M. Dutrouilh me fit part de ces craintes. Nous parlâmes de l'opportunité de pénétrer dans la poitrine pour éviter une prompte mort. Cet excellent praticien ne put se résoudre sur-le-champ à faire pratiquer l'opération de l'empyème. M. le professeur Dubrequilh, doyen de la faculté de médecine de Montpellier, se trouvant dans les salles de M. Mabit, nous fûmes après la visite lui présenter nos salutations. M. Dutrouilh le pria, ainsi que M. Mabit, de venir voir ce marin, pour lequel il réclamait leurs conseils. Ces messieurs se rendirent avec plaisir à cette invi-

tation. Ils examinèrent et auscultèrent cet homme avec la plus grande attention. La respiration était nulle du côté droit ; on n'entendait plus depuis huit jours l'égophonie.

Après que nous leur eûmes fait part des circonstances antécédentes, ces médecins jugèrent comme nous qu'il existait un épanchement considérable dans le côté droit du thorax. M. Dutrouilh leur ayant fait part de son intention de pénétrer dans la poitrine, ces messieurs furent d'avis qu'il était nécessaire de procéder de suite à cette opération, car le malade ne serait peut-être plus en vie le lendemain.

M. Dubreuilh accepta avec plaisir l'offre de M. Dutrouilh, de se charger de cette opération. Le malade fut placé sur une chaise. L'eschare de la partie postérieure fut incisée avec un bistouri, et un trois-quart d'un assez fort calibre fut enfoncé de bas en haut par cette incision. La tige du trois-quart étant retirée, il s'écoula immédiatement d'une livre à une livre et demie d'un sang rouge noir, liquide, semblable à du sang veineux. Ce liquide évacué, une canule plus petite fut substituée à la canule du trois-quart et laissée à demeure dans la plaie. Le malade se sentit de suite soulagé. Reporté dans son lit, il respira beaucoup mieux. Une assez grande quantité de liquide de même nature s'écoula jusqu'au lendemain.

Nous le trouvâmes le 9 couché sur le côté gauche, ce qu'il n'avait pu faire depuis son entrée à l'hôpital. Il avait dormi une partie de la nuit ; il respirait facilement ; mais il se sentait très-faible et craignait de perdre tout son sang par la plaie, dont les environs étaient devenus douloureux. Le pouls était un peu fébrile. Le côté droit percuté donne un son très-clair. L'air entre et sort par la plaie à chaque mouvement d'inspiration et d'expiration. Le malade peut se coucher sur tous les côtés ; il ne tousse pas. Il s'est

écoulé depuis ce moment jusqu'au 14 septembre une très-grande quantité de sang par la plaie : on a été obligé à plusieurs reprises de la fermer, à cause de l'inquiétude que cet écoulement occasionnait au malade.

Le 14 septembre, le liquide commença à devenir un peu sanieux, et à présenter une odeur purulente.

Le 15, nous l'auscultâmes avec attention. Le côté droit rendait de tous les côtés un son très-clair, l'air entrait et sortait par l'ouverture dont les environs étaient un peu douloureux au toucher. Un liquide légèrement rougeâtre s'en écoulait à chaque expiration ; le sthétoscope, appliqué sur ce côté de la poitrine, faisait entendre comme un souffle bronchique très-fort. Il nous sembla entendre, à la partie supérieure de la poitrine, un léger murmure respiratoire, mais sans pouvoir l'affirmer ; M. Mabit crut également le reconnaître.

Le 17, le liquide qui s'écoule de la plaie est entièrement blanc et purulent. Le malade se couche indifféremment sur tous les côtés ; il ne tousse pas, respire très-facilement ; le pouls est cependant un peu fébrile ; l'appétit est très-grand ; les sœurs ont été obligées, par ses instances, de lui accorder un peu trop d'aliments, la diarrhée se déclare.

Un régime doux, des béchiques, quelques légers astringents continuent à être administrés. Il est impossible de faire suivre à ce malade le régime prescrit, sa faim est dévorante ; il se procure des autres malades ou de dehors des aliments ; la diarrhée devient de plus en plus forte. Le malade ne souffre pas, mais il est faible.

M. Dubreuilh est présent à la visite, et conseille de réunir la plaie pour éviter la pénétration de l'air dans la poitrine.

Le lendemain, la plaie est très-douloureuse, le malade ressent une gêne dans ce côté, et nous demande de réou-

vrir la plaie. On recommence donc à la panser avec un plumasseau de charpie à plat. Le lendemain, le malade est mieux; il a bien dormi, il ne se plaint pas de la plaie par laquelle il s'est écoulé une très-grande quantité de sérosité purulente. La diarrhée continue; on prescrit les mêmes moyens.

Le malade s'affaiblit de jour en jour, il a été impossible de lui faire suivre le moindre régime; la diarrhée augmente de plus en plus. Il ne tousse ni ne crache, il se plaint seulement d'une légère douleur dans les environs de la plaie. Les mêmes moyens sont continués. Il s'éteint enfin dans la nuit du 2 octobre, sans agonie et sans douleur, et sans qu'aucun symptôme de maladie des organes thorachiques ait été observé depuis l'opération.

Autopsie. — Nous procédons à l'autopsie le 3 octobre, douze heures après la mort du malade.

Les membres ne sont pas infiltrés, état de maigreur assez grande.

Le son du côté droit de la poitrine est clair, celui du côté gauche l'est beaucoup moins. On voit à la partie antérieure droite de la poitrine, entre les cinquième et sixième côtes, une large plaie laissant à nu des fibres musculaires bien disséquées.

Entre les neuvième et dixième côtes du même côté, on remarque une large plaie qui présente dans son milieu une ouverture à peu près de six lignes, béante, dont les bords sont noirâtres.

La paroi antérieure du thorax étant enlevée, on trouve le poumon gauche adhérent à la plève costale, dans presque toute son étendue antérieure; un léger épanchement d'une sérosité citrine existe à la base de ce côté. Le poumon volumineux occupe toute la cavité thorachique. Le lobe supérieur est rempli de tubercules à l'état cru. Le lobe

inférieur est sain, mais présente une écume bronchique assez abondante. Le côté droit offre une large cavité vide, tapissée par une exsudation d'une couleur jaune-blanc. Une assez grande quantité d'une sérosité purulente, semblable à celle qui s'écoulait par la plaie, existe dans la gouttière vertébrale; sur les côtés de la colonne épinière, on aperçoit un corps allongé, arrondi, s'étendant depuis la deuxième vertèbre dorsale jusqu'à la huitième, d'une épaisseur approximative d'un pouce, recouvert par une exsudation de même aspect et de même nature. Nous reconnaissons le poumon droit dont le tissu est sain, mais entièrement privé d'air, qui a été refoulé ainsi par l'épanchement, et qui a été maintenu dans cet état par l'exsudation qui l'a enveloppé de toute part.

La plèvre est partout reccuverte, même sur le diaphragme, par une exsudation plus ou moins épaisse qui présente à l'extérieur cet aspect jaune-blanc, mais noirâtre au-dessous. La plèvre n'est pas épaissie, mais elle présente des points rouges par plaques, et des granulations de même couleur.

La plaie pénètre intérieurement un peu au-dessus du diaphragme. Nous avons constaté que, par sa direction oblique de bas en haut, elle n'avait pu blesser en aucune manière ce muscle. Le foie était volumineux et sain. Le colon présentait des traces d'une inflammation assez vive.

Les autres organes n'ont présenté rien qui doive être noté.

Cette observation présente plusieurs circonstances sur lesquelles nous nous réservons de revenir plus tard. Nous ne pouvons cependant aujourd'hui nous empêcher de faire remarquer : 1° que c'est un exemple que l'on peut ajou-

ter à ceux rapportés par les auteurs, et ceux qui sont propres à M. Dutrouilh et à moi, des liaisons qui existent entre la rougeole et les membranes séreuses. Nous avons observé plusieurs fois que la rétrocession de cet exanthème a été suivie d'épanchements, soit de la plèvre, soit du péritoine, promptement mortels.

2° Les signes retirés de l'auscultation et des symptômes de la maladie, prouvaient évidemment qu'il y avait un épanchement considérable dans la cavité droite de la poitrine; rien n'a pu, ainsi que le prétend Laennec, nous indiquer que du sang y était plutôt renfermé que du pus. En effet, il y avait un mois et demi que cet épanchement existait, et que les symptômes s'étaient insensiblement accrus de jour en jour. L'épanchement n'était donc pas survenu subitement; il n'y a jamais eu, ainsi que le prétend Broussais, les signes d'une hémorrhagie subite.

3° L'issue d'un sang presque pur par la canule du trois-quart nous a d'abord étonnés; cependant il y avait tout au plus six mois qu'un pareil épanchement s'était offert à notre observation dans les salles de clinique; c'était le troisième que nous rencontrions depuis deux ans. Nous en avions observé un à Paris, et nous avions, à l'occasion de ces derniers cas, recherché ceux qui sont consignés dans presque tous les auteurs; d'ailleurs la quantité de sang sortie immédiatement ne pouvait provenir que d'un épanchement. Le trois-quart, aurait-il pénétré par cet endroit dans le poumon, n'aurait jamais pu donner lieu à l'issue instantanée de cette quantité de sang; le sang n'aurait pas présenté le caractère qu'il nous offrait; il aurait été rouge, spumeux. A plus forte raison il ne pouvait provenir de la division de l'artère intercostale. M. Dubreuilh avait pris toutes les précautions nécessaires pour éviter cet accident; et quoiqu'assez volumineuse dans cette partie

de la poitrine, sa division aurait donné lieu à une hémorrhagie facile à distinguer, et qui n'aurait eu lieu qu'après la sortie de la canule et non pendant qu'elle était dans la poitrine. Nous reconnûmes tous que nous avions eu affaire à un épanchement sanguin dans la cavité de la plèvre, en d'autres termes, à un hémothorax.

4° L'opération de l'empyème a rempli le but que nous nous proposions, en retardant la mort qui était imminente. Nous ne croyons pas que l'entrée de l'air dans la cavité de la plaie ait augmenté la maladie; mais aussi elle ne pouvait pas la diminuer.

5° En même temps nous trouvons un épanchement séreux à gauche, et les traces d'une pleurésie qui a produit les adhérences que nous avons remarquées; et qu'on ne croie pas que cet épanchement se soit formé peu d'instants avant la mort, comme cela arrive souvent. Nous l'avons constaté à l'arrivée du malade dans l'hôpital.

6° Le poumon gauche présentait de nombreux tubercules à l'état cru; nous l'avions annoncé avant la mort du malade, d'après la nature de la respiration.

7° Huit jours après l'opération, M. Mabit et moi avons cru reconnaître un léger murmure respiratoire sous les deux premières côtes. A quoi peut tenir ce phénomène, puisqu'il est certain que le poumon n'était pas placé sous le sthétoscope, et qu'il ne pouvait respirer? On peut croire que l'air extérieur qui entrait et sortait par la plaie à chaque mouvement respiratoire, en se réfléchissant sur les cavités vides du thorax, nous donnait à la partie supérieure cette sensation que nous prenions, mais sans l'affirmer, pour un murmure respiratoire léger.

Nous pouvons encore ajouter aux remarques de l'auteur, que cette observation fournit un nouvel argument aux adversaires de l'opération de l'empyème dans la pleurésie.

Elle montre en effet, comme tant d'autres, que, l'évacuation du liquide obtenue, le poumon n'en reste pas moins affaissé, retenu par des concrétions pseudo-membraneuses, et inhabile à la respiration.

Journal de chimie médicale (Novembre 1836).

I. — *Sur la coloration des poisons*, par M. Chevalier. Dans une note que j'ai publiée collectivement avec M. Boys de Lourys, nous avions établi :

« 1° Que l'on pourrait rendre moins fréquents les em-
» poisonnements, si l'on exigeait que les poisons, dans un
» grand nombre de cas et lorsque cela ne nuirait pas à leur
» emploi, fussent colorés ou rendus sapides.

» 2° Qu'il serait utile que l'arsenic destiné au chaulage
» fût mêlé de poudre d'aloës dans la proportion de dix par-
» ties d'aloës sur quatre-vingt-dix parties d'acide arsé-
» nieux.

» 3° Qu'il en serait de même pour l'acide arsénieux
» destiné à être appliqué à l'extérieur, par les vétérinaires
» et par quelques individus qui emploient cet acide au
» traitement de la gale.

» 4° Qu'il serait convenable et nécessaire que l'acide ar-
» sénieux destiné à l'empoisonnement des rats, des souris et
» des mulots, fût mêlé au bleu de Prusse, comme l'a pro-
» posé M. Brand, ou à de l'indigo soluble dans la propor-
» tion de quatre-vingt-dix parties d'acide arsénieux pour
» dix parties de matière colorante.

» 5° Que l'arsenic métallique pulvérisé livré au commerce
» pour la destruction des mouches, fût mêlé d'un dixième
» de son poids de bleu soluble.

» 6° Que dans divers cas le goût communiqué par les » substances vénéneuses aux aliments empoisonnés avait » suffi pour avertir les victimes et les sauver du danger au- » quel elles étaient exposées.

» 7° Que, dans d'autres circonstances, la couleur du poi- » son avait été un avertissement salutaire pour les person- » nes dévouées à la mort (1). »

Nous avions pensé que la publication de cette note ferait prendre des mesures convenables pour prévenir des crimes ou des malheurs souvent irréparables.

Nous croyons devoir faire connaître ici quelques faits décisifs qui semblent démontrer la nécessité qu'il y a de prendre des mesures à cet égard.

Ier Fait. — *Empoisonnement de deux enfants par de l'acide arsénieux.* — On lit dans le Courrier du 11 juin 1835 : « La » ville de Montluel a été le théâtre d'un événement déplo- » rable. Deux enfants, l'un de 4 et l'autre de 6 ans, trouvè- » rent dans la rue un papier qui renfermait une poudre » blanche; l'ayant prise pour du sucre, ils se mirent à en » manger : le plus jeune est mort le lendemain et l'autre » est en danger. On s'est empressé de recueillir le peu de » poudre qui restait dans le paquet, et il a été constaté que » c'était de l'arsenic. L'autopsie de l'enfant mort a eu lieu, » et la justice informe dans le but de découvrir la personne » qui a causé ce malheur en ayant l'imprudence de jeter » sur la voie publique un poison qu'il eût fallu détruire dès » qu'on n'en voulait plus faire usage. »

IIe Fait. — *Empoisonnement de sept enfants, par des confi-*

(1) Parmi les mesures tendantes à rendre les empoisonnements plus rares, M. Bastien, pharmacien à Bourbonne-les-Bains (Haute-Marne), demandait que l'arsenic blanc (l'acide arsénieux) fût livré en compte à ceux qui en font commerce, et qu'à la réquisition de l'autorité ces détenteurs fussent tenus d'en justifier l'emploi.

ture contenant de l'arsenic. — *L'Armoricain de Brest*, du 4 avril, contient l'article suivant : « Un événement déplorable vient de plonger la ville dans la douleur. Un de nos » limonadiers, M. Alexandre, avait préparé depuis plusieurs » années de la mort-aux-rats ou aux *cancrelas* (1), et qui » était formée de confitures dans lesquelles il avait mis de » l'arsenic. Le bocal ayant été perdu depuis long-temps de » vue, puis retrouvé il y a quelques jours, son contenu a » été pris pour des confitures qui étaient seulement ava- » riées, et jeté sur le fumier de la rue avec le bocal brisé.

» Des enfants, confiés aux frères de la doctrine chrétienne, » venant à passer, se sont précipités sur ce poison dont ils » ont mangé avec avidité ; sur sept de ces malheureux, trois » sont morts. On espère sauver les autres chez lesquels on » a essayé de neutraliser le poison. »

IIIe Fait. — *Empoisonnement de plusieurs enfants, par des débris de pâté contenant de l'arsenic.* — La Gazette du Berry donne les détails qui suivent : « Un événement affreux est » arrivé ces jours derniers dans la ville de la *Charité-sur-* » *Loire*. Le propriétaire d'une grande maison, étant parti » pour la campagne, avait laissé ses domestiques pour faire » des rangements dans divers appartements. Des pâtés » d'arsenic préparés depuis long-temps pour la destruc- » tion des rats, ne produisant plus d'effet, furent jugés » bons à être retirés des mansardes et des placards. Au lieu » d'enfouir ce poison dans des fumiers ou dans les lieux

(1) On a donné le nom de *cancrelas*, de *kakkerlac*, à la blatte dite d'Amérique, *blatta americana* de Linné, insecte de l'ordre des *orthoptères* d'Olivier. Cet insecte, qui se trouve en très-grande quantité en Amérique, est aussi connu en Europe ; il ronge les étoffes de laine, de coton, de chanvre ; il détruit la plupart des meubles mal soignés, il gâte les provisions de bouche, il attaque surtout le sucre et toutes les substances douces et sucrées.

» d'aisances, un domestique eut l'imprudence de les jeter » par les fenêtres sur la voie publique. Des élèves de l'é- » cole mutuelle, attirés par la forme de ces pâtés et par » cette gourmandise si naturelle aux enfants, en mangè- » rent ; aussitôt il se développa chez eux des coliques tel- » lement violentes, que trois de ces petits malheureux suc- » combèrent quelque temps après. »

IV° Fait. — *Empoisonnement de deux enfants par des petits gâteaux trouvés dans une haie.* — On trouve dans le Journal de Paris l'article suivant : « Un événement, qui pouvait » avoir les plus déplorables résultats, vient d'avoir lieu à » Bordeaux, dans la maison, rue du Pavillon, n° 18. Des » gâteaux (on ne dit pas quel poison ils contenaient) » avaient été placés dans la haie qui sépare le jardin de » celui qui l'avoisine. Deux enfants, âgés l'un de cinq ans, » l'autre de quatre, les ramassèrent et en mangèrent ; mais » bientôt après ils éprouvèrent des convulsions nerveuses, » suivies de vomissements prolongés. Des médecins furent » appelés pour constater leur état qui, heureusement, à » l'époque où le correspondant du journal écrivait, ne don- » nait plus d'inquiétude. »

Ces faits, et d'autres du même genre qui ne sont pas parvenus à notre connaissance, démontrent toute l'utilité des mesures que nous avions proposées. Cette utilité sera démontrée plus positivement encore si cela est possible en se reportant au compte-rendu des audiences de la cour d'assise de la Hesse rhénane (Mayence), des 22, 23, 24, 25 et 26 mars 1835, audiences dans lesquelles ont comparu les femmes Jaeger (1) et Reuter, qui furent condamnées à

(1) Lors du compte-rendu des audiences de la cour royale de Mayence, il fut dit que la veuve Jaeger, en faisant bouillir l'arsenic dans de l'eau et en le mêlant à divers liquides, l'amenait à un état de division qui ne permettait point aux gens de l'art de le retrouver.

mort, la première pour avoir empoisonné son mari, son père, sa mère, trois de ses enfants et un oncle paternel; la seconde pour avoir empoisonné son mari.

Mais, sans chercher aussi loin, nous n'avons qu'à rappeler l'accident arrivé tout récemment à l'Hôtel des Monnaies, où douze personnes pouvaient être victimes de l'introduction dans des haricots d'un poison incolore (*l'acide arsénieux, arsenic blanc*), qui ne pouvait en raison de sa couleur donner le moindre indice aux victimes.

La nécessité de colorer les substances vénéneuses nous paraît plus évidente encore depuis que la *Gazette des Tribunaux* du lundi 14 et mardi 15 a fait connaître, en rendant compte de l'affaire d'empoisonnement de Marie Piel par sa mère et sa sœur, que la fille Angélique Piel, qui n'avait pu obtenir, en février 1835, d'un épicier de Villedieu, de l'arsenic, en avait acheté à un colporteur *qui avait empoisonné devant elle un chat pour démontrer la propriété de son poison* !..

Depuis la rédaction de cet article, la Gazette des tribunaux a donné connaissance d'un empoisonnement qui aurait eu lieu à Domgermain; empoisonnement qui aurait été commis à l'aide de l'arsenic blanc répandu sur des

Cette *assertion erronée*, qui pouvait être des plus dangereuses en ce qu'elle promettait l'impunité aux coupables, puisqu'elle avait été déclarée vraie par des docteurs de la Hesse rhénane, a été convenablement réfutée par une note qui se trouve dans la *Gazette des Tribunaux* du 12 avril 1835. Dans cette note, les rédacteurs démontrent avec clarté que l'arsenic qui est soluble peut être ramené de l'état de dissolution dans lequel il a passé à l'*état solide et métallique*. Cette dernière assertion est justifiée par de nombreux rapports judiciaires, qui démontrent que de l'acide arsénieux introduit dans de l'eau, dans du vin, dans du lait, etc., etc., *a été séparé de ces liquides et ramené à l'état d'arsenic métal.*

œufs en place de sel, et dans un saloir ; empoisonnement qui aurait déterminé des accidents graves chez trois personnes, le père, le fils et une servante. Ce fait nous a rappelé une affaire judiciaire dans laquelle nous fûmes consultés, MM. Marc, Laugier et moi. L'arsenic dans ce cas avait aussi été mêlé au sel contenu dans un de ces petits *saloirs* de bois qui, dans les campagnes, sont pendus près des cheminées. Le sel empoisonné avait été jeté : cependant il fut possible aux experts, en recueillant celui qui était resté fixé sur les parois du saloir, de l'examiner et d'y reconnaître la présence de l'arsenic blanc.

N. B. Les observations de notre honorable collègue sont très-judicieuses ; elles peuvent servir à prévenir une foule de malheurs. Nous croyons cependant que, pour plus de sûreté, l'on devrait mêler aussi aux poisons, comme on le fait pour le sel marin destiné à la fabrication de la soude, des substances ayant une odeur très-forte, telles que l'huile de cade, l'essence de térébenthine, etc. Cette double précaution serait très-utile, surtout dans le midi de la France où l'on emploie des quantités prodigieuses de deutoxyde d'arsenic, pour chauler les blés, que les pharmaciens et les épiciers livrent indistinctement à tout le monde. Cette poudre de chaulage se compose de :

Deutoxyde d'arsenic	6 parties.
Alun	2 id.

Il en faut une once pour chaque sac de blé.

II. *Dangers qui résultent de l'emploi inconsidéré de certains médicaments.*

Empoisonnement par la ciguë aquatique. — Un événement déplorable a eu lieu tout récemment dans la commune d'Anglet, près Bayonne (Basses-Pyrénées). Une famille de

cinq personnes, le père, la mère, un garçon de ferme, deux enfants, l'un de huit ans, l'autre de onze mois, étant atteints de la gale, se frottèrent le corps avec *de la ciguë aquatique*, *la cicutaria aquatica*, qui est aussi connue sous le nom d'œnanthe safranée; tous éprouvèrent tous les symptômes d'un violent empoisonnement : le garçon de ferme et le plus jeune des enfants succombèrent dans les plus atroces douleurs. Les trois autres malades furent sauvés, grace aux secours empressés d'un médecin qui fut appelé à temps.

Empoisonnement par la teinture alcoolique de colchique. — Le nommé Titeux, ouvrier orfèvre, était depuis plusieurs années en proie à des douleurs rhumatismales très-aiguës, contre lesquelles une infusion alcoolique de tubercules de colchique lui avait été indiquée par un empirique de carrefour, comme un spécifique merveilleux. En février dernier, ayant pris de ce médicament au moment de l'accès, il en ressentit quelque soulagement.

Le samedi, 10 septembre 1836, les douleurs ayant reparu, Titeux, dans le paroxisme du mal, eut recours à la panacée, et il s'en administra une cuillerée. Ce médicament n'ayant pas eu l'effet que le malade en attendait, le malade avala une seconde dose du remède; mais, bientôt, les phénomènes les plus graves se manifestèrent, des nausées accompagnées de vomissements amenèrent successivement de tels désordres dans l'organisation de ce malheureux, que tous les secours de l'art furent inutiles pour combattre le poison. Titeux a succombé dans la nuit, après avoir éprouvé les souffrances les plus vives.

Empoisonnement par les pilules de Morisson. — Dans le tome x, p. 722 du Journal de chimie, nous avons fait connaître l'empoisonnement d'un jeune homme par les pilules de Morisson, *Morisson's pills*. Voici un second

exemple du danger que présente cette composition formée de crême de tartre, de gomme-gutte et d'une petite quantité de rhubarbe et d'essence, sans doute de teinture d'aloës.

Le 9 août 1836, mistriss Rebecca Russell, habitant Hull, se trouvant légèrement indisposée, alla consulter l'apothicaire voisin, M. La Mott, qui lui prescrivit les pilules de Morisson, dont il tient le dépôt : mistriss Russell commença le 9 août à prendre les pilules à la dose de 4 à 5 par jour ; elle était arrivée, sur l'ordonnance de M. La Mott, à en prendre 15 toutes les 3 heures : lorsqu'elle expira, le 22 du même mois, au milieu de souffrances atroces, en éprouvant des crampes d'estomac et des convulsions qui se faisaient ressentir dans tous les membres; la bouche répandait une salive épaisse.

Deux chirurgiens, MM. Casson et Walworth, appelés trop tard pour donner des secours à la malade, furent chargés de faire l'autopsie du corps ; ils déclarèrent que mistriss Russell était morte d'une inflammation des intestins causée par des purgations excessives. Le *coroner* convoqua un *jury d'enquête*, dont le *verdict* fut que mistriss Russell était morte victime de la grossière ignorance de l'apothicaire qui l'avait soignée, et qu'il y avait lieu d'accuser Thomas La Mott d'homicide simple (manslaughter). Le coronor lance aussitôt un mandat d'arrêt contre l'accusé, qui attend en prison les prochaines assises.

Le jugement de La Mott aura lieu en vertu d'un statut qui date de la neuvième année du règne de Georges II : il est dit dans ce statut, que le *manslaugther* sera puni de la déportation, de l'emprisonnement ou de l'amende, suivant les circonstances de la cause et la conscience du juge. La responsabilité médicale, récemment sujet de discussion chez nous, ne fait pas question en Angleterre. Un sta-

fut rendu dans la 33e année du règne de Henri III dit qu'il y a *manslaugther*, meurtre simple, quand la mort du patient est amené par la négligence, l'ignorance grossière, ou les expériences téméraires du médecin, du chirurgien ou de l'apothicaire. Et dans ce cas, outre l'action publique, la loi ouvre une action en dommages-intérêts à tous ceux que la mort du patient a pu léser (*Le Droit, mardi*, 13 *septembre* 1836).

Suspicion d'empoisonnement par un sirop tonique anti-glaireux. — La justice informe en ce moment sur les causes de la mort du sieur Guérin, cultivateur, et sur celle de son domestique, le sieur Legrand, morts tous deux à Fleurigny, canton de Sergines, département de l'Yonne, après quelques jours de maladie et après avoir éprouvé des douleurs atroces.

Les médecins chargés de l'autopsie ont déclaré que la mort de ces deux hommes ne pouvait être attribuée *qu'à l'action d'une substance corrosive sur la membrane muqueuse de l'estomac et des intestins*. On pense que cette substance irritante est le sirop tonique anti-glaireux composé par un homme qui se livre illégalement à l'exercice de la médecine, et qui, sur la représentation d'une fiole contenant de l'urine, délivre, de sa propre autorité, et sans autre examen, un médicament dont les effets peuvent être suivis de malheurs irréparables.

La justice informe, et l'on a saisi une grande quantité de l'élixir que l'on suppose être la cause de la mort des sieurs Guérin et Legrand.

Bulletin de l'Académie royale de médecine. (Décembre 1836.)

Extrait du mémoire de MM. A. Trousseau et H. Belloc, en réponse à cette question : « Que doit-on entendre par » phthisie laryngée? quelles en sont les altérations orga» niques? les causes? les espèces? les terminaisons? quel » en est le traitement? » (1)

« .... C'est Borsieri qui, le premier, dit positivement que le larynx et la trachée peuvent devenir le siége d'ulcérations capables de déterminer la fièvre hectique et la mort. Son opinion, à cet égard, est clairement exprimée dans le paragraphe de son livre que nous avons choisi pour épigraphe. (Instit. méd. prat., tom. 4, § 57.) Mais Borsieri paraît, quoi qu'il en dise, et quoi qu'en dise Joseph Frank, son admirateur, avoir décrit la phthisie laryngée plutôt en théoricien qu'en praticien. Beaucoup des symptômes qu'il indique comme caractéristiques de la maladie, manquent constamment. Frank lui-même est obligé d'en convenir; et il en est quelques-uns, très-importants à connaître, dont il ne fait pas mention.

» Depuis ces auteurs, quelques médecins français se sont occupés de décrire les ulcérations du larynx et de la trachée; parmi eux, nous citerons, comme ayant fourni les travaux, suivant nous, les plus remarquables, MM. Double, en 1806, Cayol, en 1810, et Pravaz, en 1824; enfin M. Louis, qui, dans son ouvrage sur la phthisie pulmonaire, a publié, sur les altérations du larynx chez les tu-

(1) Ce travail, couronné par l'Académie dans sa séance publique annuelle du 9 août 1836, fera partie du sixième volume des Mémoires de l'Académie, maintenant sous presse.

berculeux, des recherches extrêmement précieuses, et de l'exactitude desquelles nous avons souvent eu lieu de nous convaincre... »

Altérations de la membrane muqueuse.

Rougeur et gonflement.—On regarde généralement la rougeur des tissus après la mort comme la trace la plus constante d'une inflammation préalable. Certes, on a raison; mais, suivant nous, on n'a pas assez dit que bien souvent il arrive que le cadavre ne laisse apercevoir aucune trace de rougeur sur les points qui, pendant la vie, étaient le siége d'une inflammation très-intense. Nous en dirons autant du gonflement. Chaque jour ne voit-on pas des érysipèles, des chémosis pâlir, des phlegmons s'affaisser aussitôt que la cessation des phénomènes vitaux permet aux liquides d'obéir aux lois qui régissent les corps bruts?

Ces réflexions trouvent souvent leur application dans les maladies du larynx. Il nous est arrivé de voir des malades succomber à une inflammation du pharynx et du larynx, et chez lesquels l'autopsie permettait de constater la pâleur des parties qui, pendant la vie, étaient le siége d'une vive rougeur et d'une tuméfaction notable. Dans ce cas, n'était-il pas permis de supposer que les organes qu'on n'avait pu apercevoir sur le vivant, mais dont on avait pu seulement soupçonner l'inflammation, ne devraient leur pâleur et leur affaissement qu'à l'écoulement des liquides dans les parties les plus déclives?

Mais si la rougeur et la tuméfaction disparaissent quelquefois en totalité après la mort, quand elles existent, elles n'en ont qu'une valeur d'autant plus grande.

Ulcérations.—Nous diviserons les ulcérations de la membrane muqueuse des voies aériennes en érosions et en

ulcérations proprement dites. Les premières n'intéressent que la membrane muqueuse; les secondes reposent sur le tissu cellulaire sous-muqueux, ou même sur les fibro-cartilages.

Érosions. — Dans les érosions, la membrane muqueuse semble comme usée; leurs bords aplatis se fondent insensiblement avec la portion saine, tellement qu'il est souvent impossible de saisir la ligne de démarcation. Pour bien les apercevoir, il faut mettre la pièce sous l'eau; alors on voit que la surface des érosions est recouverte de villosités analogues à celles qu'on rencontre dans l'estomac des animaux du genre chien, et qui n'existent jamais sur la membrane muqueuse des voies aériennes de l'homme que quand l'épithélium a été détruit.

Il ne nous semble pas que l'érosion soit le premier degré de l'ulcération. Souvent, en effet, il arrive qu'il existe des érosions considérables et très-nombreuses, sans qu'il y ait d'ulcération, et de même on voit fréquemment des ulcérations profondes dans des parties qui n'offrent à l'entour aucune érosion. Chez un des malades dont nous avons rapporté l'histoire complète et dont nous avons fait peindre le larynx et la trachée après la mort, on peut constater facilement la justesse de cette assertion. En effet, la membrane muqueuse qui recouvre le cartilage thyroïde est convertie en une multitude d'ulcères, sans qu'on remarque sur celle qui recouvre le cartilage thyroïde aucune trace d'érosion; tandis que la trachée-artère, recouverte d'une innombrable quantité d'érosions, n'offre aucune ulcération.

Nous n'avons jamais observé d'érosions de la membrane muqueuse laryngée et trachéale que chez les individus qui, outre l'affection du larynx, étaient atteints de phthisie pulmonaire. Ce fait confirmerait-il l'opinion de M. Louis, qui

pense que ces érosions sont dues au seul passage des crachats?

Nous avouons n'avoir pas de matériaux suffisants pour décider cette question. Toutefois, qu'il nous soit permis de dire qu'il nous semble plus rationnel et plus satisfaisant d'attribuer cette lésion à la diathèse tuberculeuse, dont on ne peut nier l'influence sur la production des ulcères de l'iléon, chez les phthisiques.

Ulcérations.—Nous avons vu ce genre d'altération envahir tout le larynx, les cordes vocales, les ligaments aryténo-épiglottiques et la membrane muqueuse qui recouvre l'épiglotte. Quelquefois ces ulcérations pénètrent jusques aux cartilages qu'elles incisent ou qu'elles carient.

Dans le plus grand nombre des cas, la membrane muqueuse est seule détruite, et semble être évidemment le point de départ de l'altération; mais il arrive aussi qu'on rencontre des abcès sous-muqueux; alors l'ulcération s'est faite évidemment comme certaines plaies fistuleuses à la peau. Nous citons plusieurs exemples de ce mode d'altération, et entre autres un rapporté par Morgagni, lettre 15, art. 15, et un second, recueilli par le docteur Carmichaël, et publié dans les Transactions irlandaises de 1820.

Altération des cartilages.

Ossification.—L'ossification des cartilages du larynx, qui est un phénomène normal lorsque l'individu a atteint un certain âge, a souvent lieu quand l'organe vocal a été pendant long-temps le siége d'une inflammation chronique. Pour cela il n'est pas besoin que les cartilages soient eux-mêmes atteints de carie, la simple ulcération, la simple inflammation chronique de la membrane muqueuse qui les recouvre, est suffisante...

Le plus souvent il existe plusieurs de ces points osseux dans le même cartilage ; mais l'ossification complète n'a guère lieu que chez les vieillards.

Le cartilage cricoïde est celui qui s'ossifie le plus souvent, puis vient le thyroïde. Quant aux aryténoïdes, nous ne les avons jamais trouvés ossifiés.

Nécrose.—La nécrose des cartilages du larynx est plus fréquente que ne semblent l'avoir pensé les auteurs qui ont écrit sur les maladies de cet organe. Les caractères auxquels on peut les reconnaître sont les suivants :

1° La portion nécrosée est constamment dénudée, et on conçoit qu'il doit en être ainsi, puisque la loi de l'organisation veut que quand une partie vient à être frappée de mort, elle se sépare de tout ce qui a vie autour d'elle ; alors le séquestre peut être complètement éliminée et rejeté par la bouche comme nous en citons plusieurs exemples remarquables ; ou bien, ce qui est plus fréquent, il est enclavé de manière à produire des désordres mortels ;

2° La portion nécrosée est toujours ossifiée ; c'est là encore un caractère que nous n'avons jamais vu manquer, quand, toutefois, la maladie a duré long-temps ; car on sait que dans les fièvres graves la nécrose des cartilages du larynx a lieu quelquefois sans ossification......

Carie. Cette altération nous a semblé moins fréquente que la nécrose. Elle est toujours la suite d'une ulcération qui a commencé sur la membrane muqueuse, et qui a détruit, souvent en peu de mois, et quelquefois en peu de semaines, et la membrane et le tissu cellulaire qui la séparait du cartilage. La carie peut aller jusqu'à la destruction complète de l'épiglotte, comme Joseph Frank et M. Louis en rapportent des cas. Elle peut aller jusqu'à perforer le cartilage thyroïde, comme nous en citons deux exemples,

et jusqu'à ne laisser que peu de traces des cartilages aryténoïdes.

Disons aussi que jamais nous n'avons rencontré la carie que chez les sujets atteints en même temps de phthisie pulmonaire tuberculeuse; il n'en est pas de même de la nécrose. C'est là un caractère qui met une limite franche entre ces deux espèces d'altérations.

On conçoit que les diverses lésions pathologiques que nous venons de passer rapidement en revue occasionnent toutes, dans les parties voisines, des désordres plus ou moins remarquables. Le plus grave et le plus fréquent, sans contredit, est la tuméfaction de la membrane muqueuse, et par suite l'occlusion des voies respiratoires. C'est mal à propos, suivant nous, qu'on a fait une maladie spéciale de cette sorte de gonflement auquel on a donné le nom d'œdème de la glotte; nous exposerons plus bas notre manière de voir à ce sujet.

Corps étrangers formés dans le larynx.—Lieutaud, Bonnet, Morgagni, Desault, Pelletan, etc., ont conservé à la science des faits de cet ordre extrêmement curieux. Des polypes, des végétations, des tumeurs cancéreuses, des tumeurs tuberculeuses, des hydatides, des fausses membranes plus ou moins étendues, ont été trouvées dans le larynx. On a même des exemples de calculs formés dans sa cavité et conservés ainsi pendant long-temps. Il est facile de prévoir les accidents que ces productions morbides peuvent déterminer, tant à cause de la douleur locale qu'elles occasionnent, que par la gêne qu'elles apportent à la respiration....

La phthisie laryngée n'est pas une maladie spéciale ; elle peut être produite par une infinité de lésions de diverse nature. Ce n'est qu'à cause de l'organe qu'elles attaquent et des symptômes fonctionnels qu'elles produisent, qu'on

leur a appliqué la dénomination connue de phthisie laryngée....

Nous avons vu, en effet, la phthisie laryngée produite par des cris aigus, par des efforts habituels de voix, par le coït immodéré, par la masturbation, par des violences extérieures, par un cancer, par des tumeurs de diverse nature développées dans le larynx ou ses annexes, etc., et nous rapportons des exemples de tous ces cas.

Outre ces causes diverses, le sexe et l'âge ont une grande influence sur le développement de la phthisie laryngée.

Presque tous les sujets que nous avons observés et dont parlent les auteurs, étaient âgés de 20 ans au moins, et de 50 au plus. Le plus grand nombre étaient entre la 30ᵉ et la 45ᵉ année.

Des observations de M. Serres et de celles de M. Louis, il résulte que, chez les tuberculeux au moins, les altérations de la trachée et du larynx sont deux fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes.

Ces observations, relatives au sexe et à l'âge, se concilient d'une manière remarquable : en effet, les femmes sont moins sujettes aux altérations des organes vocaux que les hommes; et les enfants, dont la constitution, en général, a beaucoup d'analogie avec celle des femmes, semblent partager la même immunité.

Nous avons divisé la phthisie laryngée en quatre espèces.

1° *Simple*. C'est-à-dire celle qui est produite par les causes communes des phlegmasies en général.

Nous avons admis cette première espèce non-seulement d'après nos propres observations, mais encore d'après celles des hommes le plus distingués, parmi lesquels il nous suffit de citer MM. Double, Portal, Louis et Andral.

2° *Syphilitique*. Celle qui est due à des ulcères vénériens,

primitifs ou consécutifs, soit qu'ils aient attaqué le larynx de prime-abord, soit qu'ils s'y soient propagés du pharynx.

3° *Cancéreuse.* Celle qui tient au développement d'une tumeur cancéreuse dans le larynx.

4° *Tuberculeuse.* Celle qui commence à se manifester après qu'on a pu constater l'existence de tubercules pulmonaires.

Les symptômes généraux ne se montrent guère dans la phthisie laryngée que quand la maladie est à l'état aigu, ou quand les désordres anatomiques ont pris déjà un grand développement. Quand la marche de la maladie est chronique, les symptômes locaux sont les seuls qu'on aperçoive d'abord. C'est donc sur ces symptômes que le médecin doit porter dès le début toute son attention.

Altération du timbre de la voix. Au début, la voix commence par s'affaiblir, et le plus souvent par s'enrouer. Cet enrouement est plus considérable le soir que le matin, et augmente quand le malade passe d'un lieu chaud dans un lieu froid, et *surtout* quand il passe d'un lieu froid dans un lieu chaud.

Souvent cet enrouement est plus intense quand les malades ont faim que quand ils viennent de prendre des aliments. Chez les femmes, l'approche des règles cause aussi une aggravation sensible de ce symptôme incommode. L'abus et quelquefois le simple usage du coït produit le même effet.

L'enrouement est le plus souvent intermittent pendant la première période de la maladie; mais il ne tarde pas à devenir continu, et persiste ainsi jusqu'à la fin.

Aphonie. L'aphonie est en général un symptôme grave, car elle résulte le plus souvent d'une altération profonde du larynx. Bien entendu que nous parlons ici seulement de

l'aphonie persistante et continue; car un simple engorgement catarrhal de la membrane muqueuse laryngienne peut occasionner souvent la perte totale de la voix.

Comme l'enrouement, l'aphonie est plus complète le soir que le matin; lorsque cette modification existe, il y a lieu de supposer que les désordres ne sont pas encore très-profonds.

Inégalité de la voix. La voix, quelquefois simplement enrouée ou voilée, est cependant assez soutenue et assez égale dans la conversation ordinaire; mais quand les malades veulent prononcer fortement certaines syllabes, elle devient criarde et aiguë, et ressemble alors à un véritable glapissement.

Toux. En général la toux est plus fréquente dans la phthisie laryngée que dans les maladies de poitrine. Son timbre participe toujours à celui de la voix. Ainsi elle est enrouée chez ceux qui sont enroués et éteinte chez ceux qui sont aphones.

Quelquefois la toux ressemble à un véritable *rot étouffé;* nous lui avons, dans ce cas, donné le nom d'*éructante*. Ce phénomène tient à ce que la glotte est le siége de désordres profonds, et qu'elle ne peut se fermer complètement. Cette forme de la toux est donc toujours un symptôme grave.

Expectoration. Le plus souvent l'expectoration est muqueuse, transparente et peu tenace, tantôt plus, tantôt moins abondante. Quelquefois elle présente de petites masses puriformes, jaunâtres, mêlées de stries de sang ou moins complètement sanguinolentes. Ces masses sont rendues sans effort et par un effort d'excrétion plutôt que de toux. Ce symptôme indique en général qu'il existe une ulcération dans l'une des parties du larynx.

Douleur. Chez le plus grand nombre des malades, la

douleur est peu intense ; assez souvent même il arrive qu'elle est moins vive à la fin qu'au début de la maladie.

Le plus souvent, la douleur est plus vive en avalant qu'en parlant et en respirant, ce qui fait croire au malade que la lésion existe dans le pharynx et non dans le larynx. Mais il est facile de se rendre compte de ce phénomène, en pensant que le pharynx complète le larynx en avant et que la même membrane muqueuse recouvre ces parties.

Signes obtenus par la vue. La vue est d'un faible secours quand il est question de constater des désordres existant dans le larynx. Cependant l'examen très-attentif de la gorge ne devra jamais être négligé. Il arrive souvent que le mal a commencé par le pharynx ou ses annexes, et il est bon de voir si les altérations présentent des caractères spéciaux. Cette remarque est importante, surtout quand il est question de la phthisie laryngée syphilitique. Quelquefois on peut apercevoir l'épiglotte ; mais cela est rare. Nous n'avons jusqu'à ce jour rencontré que deux malades sur lesquels cette exploration fût facile. Toutes les fois qu'on le pourra, on ne devra pas le négliger, parce que la forme de l'altération de l'épiglotte pourra faire présumer celle de l'altération du larynx. Pour apercevoir l'épiglotte, il faut, avec un manche de cuiller fortement recourbé, déprimer la base de la langue en la tirant en avant ; en même temps, on engage le malade à faire quelques cris aigus, et on aperçoit alors le fibro-cartilage qui est porté en haut pendant que dure le cri, et qui retombe aussitôt que celui-ci a cessé.

Signes obtenus par le toucher. La crépitation est indiquée par quelques auteurs comme un signe pathognomonique d'une altération grave des cartilages du larynx. Nous n'y attachons pas toute l'importance que lui ont attribuée ces médecins. Elle existe en effet chez le plus grand nombre des

individus qui ont le larynx parfaitement sain, quand on fait mouvoir cet organe en totalité; elle tient alors au frottement des cartilages contre la colonne vertébrale. On ne devra donc se servir de ce signe qu'avec la plus grande circonspection.

Le toucher par la bouche est extrêmement difficile, à cause des mouvements de vomissement qu'occasionne le doigt quand il arrive dans le pharynx. Cependant on peut quelquefois, par ce moyen, constater des altérations graves de l'épiglotte et de l'orifice supérieur du larynx.

Signes fournis par la respiration. Pendant la première période, la respiration, pour l'ordinaire, n'est que peu ou même pas altérée. Mais quand la maladie a fait des progrès, il survient une anhélation qui, si l'on ne parvient à enrayer la marche du mal, va croissant jusqu'à la mort.

Cette anhélation peut dépendre de deux causes :

1° Le malade peut être déjà affaibli par la maladie; alors l'anhélation tient à l'affaiblissement des forces musculaires.

2° L'oppression peut être causée par le rétrécissement de l'orifice du larynx.

Dans ce cas, elle suit en général la marche suivante :

D'abord le malade éprouve ce qu'il nomme des accès d'asthme; ces accès commencent le plus souvent la nuit : la respiration se fait mieux pendant la journée.

Plus tard, l'intensité des accès augmente, et l'oppression est permanente. Le malade ne peut respirer dans son lit que soutenu par plusieurs oreillers; puis l'inspiration est habituellement sifflante et l'expiration bruyante et prolongée.

Bientôt surviennent de véritables accès d'orthopnée, pendant lesquels l'anxiété est extrême et la suffocation imminente. A compter de cette époque, il se passe rarement

plus de quinze à vingt jours avant que le malade périsse suffoqué.

Mode de déglutition. Le mode de déglutition ne nous semble pas devoir être pris en grande considération, quand il s'agit de juger de la forme ou de l'étendue des désordres du larynx et de ses annexes. Nous avons rapporté plusieurs observations qui montrent que, chez certains malades, l'épiglotte étant entière, les aliments tombent néanmoins dans le larynx ou reviennent par les fosses nasales; tandis que chez d'autres, dont l'épiglotte est détruite ou presque détruite, la déglutition se fait sans difficulté.

Des différences qu'on observe dans les symptômes suivant les espèces de phthisie laryngée.

Phthisie laryngée syphilitique. La phthisie laryngée syphilitique présente assez souvent des caractères qui peuvent être d'un grand secours : ainsi, le plus souvent, dans cette espèce, l'altération du larynx est une extension des désordres qu'on a observés dans les fosses nasales ou dans l'arrière-bouche; aussi la déglutition est-elle ordinairement plus pénible dans cette espèce que dans les autres. En outre, le toucher nous paraît être d'un plus grand secours ici que dans la phthisie laryngée simple. Nous avons rapporté l'histoire d'un malade chez lequel ce mode d'exploration nous permit de constater l'existence d'énormes végétations sur le pharynx et même sur la partie supérieure du larynx. Cette dernière remarque pourrait s'appliquer à la phthisie laryngée cancéreuse; mais si le mal siège exclusivement dans le larynx, et se trouve par conséquent hors de l'atteinte du doigt ou de la vue, les antécédents du malade et les autres lésions concomitantes pourront alors fournir quelque lumière sur la nature de l'altération.

Notons ici que, quelle que soit l'espèce à laquelle on ait affaire, ce dernier mode d'investigation est le plus important, et celui sur lequel le médecin doit principalement insister.

Phthisie laryngée tuberculeuse. Nous avons dit que nous regardions la phthisie laryngée comme de nature tuberculeuse, toutes les fois qu'en même temps il existe une phthisie pulmonaire confirmée. Il s'ensuit que les symptômes connus de cette dernière affection seront les seuls qui puissent alors éclairer le diagnostic.

Phthisie laryngée cancéreuse. On serait porté à croire qu'ici l'espèce de la maladie pourra être reconnue par le toucher. Si le doigt porté sur le larynx y reconnaissait une tumeur et qu'en même temps existassent les symptômes des affections cancéreuses, il ne resterait guère de doute sur la nature de la maladie; mais rarement tous ces signes existent simultanément. Dans l'exemple de phthisie laryngée cancéreuse que nous avons observé, le malade n'a jamais accusé de douleurs lancinantes, et son teint n'a pas pris la couleur jaune-paille qu'on s'accorde à regarder comme caractéristique de la cachexie cancéreuse. Il a fallu, pour que nous reconnussions un cancer, que la tumeur se manifestât à l'extérieur, comme on le voit dans la planche jointe à notre mémoire.

Terminaison.

Dans la phthisie laryngée simple, dont nous rapportons plusieurs exemples remarquables, parmi lesquels l'un a été recueilli par Portal, la mort arrive le plus souvent avant que l'ulcération du larynx ait occasionné une véritable consomption. La gêne extrême de la respiration, la difficulté et quelquefois l'impossibilité de la déglutition, la férocité

de la toux, suffisent, dans le plus grand nombre des cas, pour causer une terminaison funeste, avant que le malade ait eu le temps d'arriver au marasme. Quant à la phthisie laryngée tuberculeuse, des observations que nous avons rapportées, et des réflexions qui les accompagnent, nous avons cru pouvoir déduire les réflexions suivantes :

1° Le plus souvent, la phthisie pulmonaire tuberculeuse se montre la première, et le larynx ne se prend que dans les derniers temps.

2° Dans les cas les plus rares, la lésion tuberculeuse commence par le larynx et n'envahit le poumon que secondairement.

3° Quelquefois la phthisie laryngée et la phthisie pulmonaire naissent et marchent concurremment.

4° Enfin, dans ce dernier cas, la lésion semble quelquefois exister exclusivement dans le larynx, à cause de la prédominance des symptômes laryngés, et de la difficulté de constater la lésion du poumon par les signes stéthoscopiques.

Parmi les terminaisons de la phthisie laryngée, l'une des plus graves est le gonflement des bords de la glotte ; nous avons cru devoir consacrer un paragraphe particulier aux rapports qui existent entre la maladie que les auteurs ont nommée angine laryngée œdémateuse et la phthisie laryngée.

Bayle a eu raison de distinguer l'angine laryngée œdémateuse en primitive et en consécutive.

Quand elle est primitive, elle est presque constamment le résultat d'une fluxion inflammatoire du larynx ou des parties voisines, et ne diffère en rien *par sa nature* de celles décrites par Boerhaave (aph. 801 et 802).

Quand elle est consécutive, c'est-à-dire occasionnée par une lésion organique du larynx ou de ses annexes, elle

peut être inflammatoire ou active, ou bien non inflammatoire ou passive.

Dans le premier cas, l'inflammation s'est propagée du point lésé jusqu'à la membrane muqueuse du larynx.

Dans le second, la sérosité accumulée sous cette membrane n'est due qu'à l'engorgement de liquides autour de la perte de substance.

Dans l'un comme dans l'autre cas, l'angine laryngée œdémateuse, ayant pour point de départ un point ulcéré, ne saurait être regardée comme indépendante de l'inflammation.

Enfin, la phthisie laryngée doit être considérée, quelle que soit sa cause, comme *l'occasion* la plus fréquente de l'angine laryngée œdémateuse.

Terminaison par la guérison. L'espoir de sauver le malade sera d'autant plus fondé que la maladie sera plus près de son début. Quand l'affection est très-avancée, et que déjà le marasme commence à se manifester, les chances de succès seront extrêmement faibles.

Cependant nous citons, dans le chapitre qui a rapport au traitement, plusieurs cas dans lesquels une médication active a pu conjurer les accidents et rendre à la santé des malades dont la mort était imminente. Morgagni (epist. 44, art. 15) rapporte un exemple remarquable de guérison chez un vieillard atteint d'accidents syphilitiques qui avaient occasionné dans le larynx des désordres considérables.

Traitement.

On conçoit que le repos de l'organe est ici l'une des conditions les plus importantes à imposer aux malades; cependant nous citons quelques cas qui nous montrent

que la guérison a pu être obtenue sans que cette condition fût rigoureusement remplie.

Antiphlogistiques. Les émissions sanguines nous ont paru l'un des moyens les plus efficaces à employer dans la phthisie laryngée commençante. C'est à la saignée du bras que nous donnons en général la préférence : quand on applique les sangsues sur le lieu malade, il faut les mettre en grand nombre.

Si l'on avait lieu de croire que l'affection du larynx est due à une suppression de flux menstruel ou hémorrhoïdal, il faudrait appliquer les sangsues aux cuisses ou à la vulve dans le premier cas, à l'anus dans le second.

Les applications émollientes sur le larynx nous ont paru en général plus nuisibles qu'utiles, à cause de l'afflux de sang qu'elles occasionnent ordinairement dans les parties affectées.

Révulsifs. Les révulsifs sont des moyens en général plus efficaces que les émissions sanguines quand la maladie a duré un peu long-temps.

Ainsi, les vésicatoires pourront être appliqués avec avantage; mais il faut les faire suppurer long-temps; c'est à la nuque qu'il faudra les appliquer : ils sont tellement gênants sur la partie antérieure du cou, surtout pour les hommes qui ont une barbe épaisse, qu'il faut le plus souvent y renoncer.

Le séton, les cautères potentiels appliqués à la partie antérieure du cou sont encore des moyens dont on tire quelquefois des avantages marqués.

Les révulsifs appliqués loin du lieu malade ne nous ont jamais paru jouir d'une grande efficacité.

Stupéfiants. L'emploi des médicaments stupéfiants est d'un grand secours pour calmer la douleur, les picotements et la toux qui en est la suite. C'est à l'extrait de datura

stramonium, à celui de belladone, employés en frictions sur la partie antérieure du cou, ou aux sels de morphine introduits par la méthode endermique, que nous donnons la préférence.

Médication topique. Le problème qui se présentait pour étendre la médication topique aux affections du larynx était le suivant :

Trouver le moyen de porter dans le larynx des médicaments sous forme de vapeur sèche ou humide, sous forme liquide ou pulvérulente, sans mettre obstacle à la respiration. Ce problème, nous croyons l'avoir résolu.

Les fumigations humides qu'on a employées contre les maladies du larynx sont ou des vapeurs d'eau pure, ou mucilagineuses, ou balsamiques, ou aromatiques; les fumigations sèches étaient de la fumée de goudron, de résine, de tabac, de jusquiame, de cinabre, d'acide sulfureux, etc., etc.; mais toutes ces médications ont l'inconvénient de pénétrer dans les poumons, et nous y avons presque entièrement renoncé.

Topiques liquides. Les topiques que nous appliquons le plus fréquemment au larynx sont les solutions de nitrate d'argent, de sublimé, de sulfate de cuivre ou de nitrate acide de mercure. De toutes ces solutions, celle à laquelle nous donnons la préférence est celle de nitrate d'argent, de l'application de laquelle nous n'avons jamais vu résulter d'accident fâcheux. La solution de sublimé employée suivant la méthode de M. Malapert, dans la proportion de 1 à 8 grains par once d'eau distillée, nous a fourni aussi de bons résultats dans quelques cas d'ulcérations syphilitiques que nous avons rapportés.

Pour porter ces topiques liquides sur le larynx, nous nous servons d'une éponge fine de forme sphérique de 6 à 8 lignes de diamètre, que nous fixons solidement à une

tige de baleine formant, vers l'une de ses extrémités, un angle obtus de 95 degrés environ.

Au moyen de ce petit instrument, nous pouvons toucher les deux faces de l'épiglotte, le pharynx et toute la partie supérieure du larynx. Nous nous servons encore du moyen suivant :

Ayant fait ajuster à une petite seringue d'argent, semblable à celle d'Anel, une canule de cinq pouces au moins de longueur, et recourbée à son extrémité libre, nous remplissons la seringue de 3/4 d'air et de 1/4 de solution de nitrate d'argent; puis, la canule étant introduite dans l'arrière-bouche vis-à-vis du larynx, on pousse rapidement le piston, et le liquide mélangé à l'air de la seringue vient tomber en pluie fine dans la partie supérieure du larynx et de l'œsophage.

Immédiatement, le malade éprouve une quinte de toux dont il ne faut pas s'alarmer; aussitôt on fait gargariser avec une limonade hydrochlorique ou de l'eau salée, qui décompose la solution du nitrate d'argent qui n'est pas combinée aux tissus.

Les observations nombreuses et extrêmement intéressantes, que nous avons rapportées dans notre mémoire, témoignent de l'efficacité de cette énergique médication.

Médicaments pulvérulents. Nous employons fréquemment les insufflations dans le larynx de médicaments pulvérulents de différente nature. Parmi eux, nous citerons, suivant l'ordre inverse de leur énergie, le sous-nitrate de bismuth, l'alun, l'acétate de plomb, les sulfates de zinc et de cuivre.

Le calomel et le précipité rouge nous ont fourni aussi des résultats très-remarquables dans les cas d'ulcérations, syphilitiques ou non, de la membrane muqueuse laryngée.

Ces poudres, excepté celle de sous-nitrate de bismuth, qui peut être employée pure, doivent être mélangées de poudre de sucre candi, dans des proportions variables suivant l'activité des médicaments qu'on emploie.

Les insufflations de poudre mercurielle ne doivent pas être répétées, dans les premiers temps surtout, plus de deux ou trois fois par semaine. Sans cette précaution, on risquerait d'aggraver les accidents.

Médication mercurielle générale. Nous avons recueilli et annexé à notre mémoire un grand nombre d'observations prises tant dans notre propre pratique que dans celle de divers médecins. Ces observations, du plus grand intérêt, démontrent, d'une manière irréfragable, l'efficacité du traitement mercuriel poussé jusqu'à salivation, dans des cas de phthisie laryngée véritablement désespérés. Nous ne saurions donc trop recommander cette médication contre les maladies graves du larynx, même quand rien ne porte à les juger de nature syphilitique.

Trachéotomie. Enfin, quelle que soit l'habileté avec laquelle le traitement ait été dirigé, les accidents peuvent s'aggraver, et la vie du malade être menacée par l'empêchement que l'air éprouve à pénétrer dans les poumons. Dans ce cas, une dernière ressource reste, et, quoi qu'en aient dit quelques praticiens, prévenus sans doute par l'opinion des médecins de l'antiquité, cette ressource offre encore d'assez belles chances de succès pour qu'on ne puisse la négliger sans méconnaître entièrement son devoir; nous voulons parler de la trachéotomie.

En effet, nous démontrons par de nombreux exemples que, dans beaucoup de cas, c'est à l'ouverture seule de la trachée que les malades ont dû leur salut.

Dans tous les cas, comme cette opération ne doit être pratiquée que lorsque l'asphyxie est imminente, on devra

introduire dans l'ouverture trachéale une canule à demeure ; cette canule devra être d'un diamètre suffisant pour permettre à l'air d'entrer facilement dans les poumons. Libre alors de la crainte de voir son malade asphyxié, le médecin pourra diriger contre la lésion du larynx une médication convenable. Puis, lorsque le larynx pourra reprendre ses fonctions, on enlèvera la canule, et la plaie se cicatrisera promptement. Mais si le désordre a été tel que l'accès de l'air par le conduit naturel soit à jamais impossible, la canule pourra être laissée indéfiniment dans la partie supérieure de la trachée. Nous citons l'exemple d'un malade qui a porté ainsi une canule d'argent pendant dix années.

Il pourrait se faire que, l'opération heureusement terminée, et la canule introduite, la maladie fût, par sa nature, inaccessible aux moyens curatifs. Alors elle marche jusqu'à ce que les désordres généraux soient tels, que la perte de la vie en devienne la conséquence inévitable ; plusieurs observations de phthisie laryngée tuberculeuse, et celle de phthisie laryngée cancéreuse que nous rapportons avec détail, sont dans ce dernier cas. Mais, dans cette circonstance même, l'opération a été un bienfait, puisqu'elle a évidemment prolongé la vie du malade.

LITTÉRATURE MÉDICALE ÉTRANGÈRE.

REVUE DES JOURNAUX INDIENS ET AMÉRICAINS.

Béribéri de l'Inde.— Accoucheurs dans l'Inde.— Statistique des hernies. — Institutions médicales des États-Unis.—Clou resté dans les poumons pendant plus d'un an.—Prolapsus de la matrice traité par un nouveau procédé.

I. — *Du béribéri dans l'Inde.* — En 1832, le bureau médical de Madras, voulant contribuer au progrès de la science, annonça aux médecins de cette présidence qu'un prix de 500 roupies ou une médaille d'or de cette valeur serait décerné à l'auteur de la meilleure dissertation sur le béribéri. Le docteur MALCOLMSON fut couronné, c'est de son mémoire que nous allons extraire les passages suivants :

Le plus souvent le béribéri se manifeste graduellement par une espèce d'engourdissement, ou la sensation d'un poids, d'une légère faiblesse et de raideur au-dessous de la partie moyenne des cuisses, quelquefois précédée de douleurs musculaires; ensuite on voit apparaître un peu d'œdème aux pieds, aux jambes et sur tout le long du tibia. La marche est incertaine, et même, lorsque le malade ne s'est pas encore aperçu de la faiblesse de ses membres qui tremblent quelquefois, il éprouve parfois des spasmes dans les mollets, à la plante des pieds, spasmes qui s'étendent jusqu'à la poitrine et au larynx, arrêtent alors la parole et la respiration.

L'altération de la mobilité arrive quelquefois jusqu'à la

paralysie complète surtout dans les muscles extenseurs, et on voit des sujets après une légère indisposition perdre subitement l'usage de leurs jambes. Les symptômes de la paralysie sont accompagnés en même temps de diverses affections douloureuses des nerfs, ou de la moelle, surtout au niveau des deux dernières vertèbres lombaires. Quelquefois la maladie ne fait pas de progrès et guérit. Le plus souvent l'insensibilité gagne l'abdomen, il y a sentiment de lassitude générale avec aversion pour toute espèce de mouvement, et les mains, les bras, la poitrine, sont successivement frappés de paralysie. L'oppression à l'épigastre est remarquable, dyspnée au moindre mouvement, œdème à la face et aux mains. Souvent on trouve le malade mort dans son lit, ou bien il succombe après plusieurs syncopes.

Au commencement, l'urine est toujours rare et foncée en couleur. Dans les cas anciens elle est plus abondante, trouble et pâle, et dépose beaucoup. Son émission est douloureuse. L'estomac est souvent irrité, l'abdomen et la poitrine sont aussi le siége d'une chaleur incommode, et des inflammations des bronches et de la plèvre ne tardent pas à survenir. Dans les premiers temps, le pouls peut être dur et fréquent ou même naturel, plus tard il est irrégulier et petit. La constipation est opiniâtre, les yeux sont entourés d'un cercle jaune, la peau froide : mort en peu d'heures. Ordinairement la maladie a une marche chronique, et le sujet, quoique exposé à mourir subitement, peut cependant vivre long-temps hydropique et paralytique.

Un Indien du 17e régiment d'infanterie entra à l'hôpital pour des ulcères aux jambes. Quelques jours après, il fut atteint du béribéri, se plaignant d'abord de soif, de lassitude, de dyspnée, d'un léger gonflement sur tout le corps,

et particulièrement aux extrémités inférieures. Langue blanche, 100 pulsations par minute, peu fortes et intermittentes. Bientôt les jambes se paralysèrent; mort le lendemain de l'attaque avec tous les symptômes d'un épanchement dans la poitrine.

Les causes du béribéri sont inconnues. On l'attribue généralement à l'humidité du pays, quoique bien des circonstances énergiques qui aident sa production soient encore cachées. Il affecte rarement les enfants et frappe de préférence les étrangers qui ne sont que depuis huit à dix mois dans le pays. D'après un tableau dressé par M. Malcolmson, il paraît que c'est dans les mois d'août, septembre, octobre, novembre et décembre, que le béribéri est le plus fréquemment observé. Il se développe sur une zone qui s'éloigne rarement de plus de 40 milles de la mer, et où le terrain coupé de collines boisées est souvent inondé de pluies abondantes. Il y a néanmoins quelques exceptions. Ainsi, Candie, dans l'île de Ceylan, est à 60 milles de la mer. On a accusé l'alimentation végétale et l'usage trop répété du poisson salé de produire le béribéri, mais rien n'est moins prouvé.

Les Européens et les indigènes de l'intérieur des terres sont moins sujets à cette maladie que ceux qui habitent la côte. Dans un régiment composé de soldats nés pour la plupart dans les provinces supérieures du Bengale, le béribéri fit fort peu de victimes, quoique ces soldats vécussent dans les mêmes conditions que les indigènes des côtes.

Parmi les différentes sectes, les musulmans sont ceux qui sont le plus souvent atteints. L'eau de cette contrée ne paraît pas contenir de principe particulier.

Le traitement du béribéri est très-variable, la saignée générale et locale a cependant réussi lorsque la moelle épinière était le siége de vives douleurs. Comme dans tou-

tes les maladies peu connues dans leur essence, des méthodes nombreuses et souvent opposées ont été mises en usage, et chacune compte des succès, tels sont le galvanisme, les contre-irritants, la noix vomique, l'huile de croton-tiglium et les purgatifs, les sudorifiques, les anti-spasmodiques et le mercure. Cette longue énumération fait assez voir que nulle de ces méthodes n'est encore spécifique. Les Indiens possèdent deux remèdes auxquels ils attachent beaucoup d'importance. Le *treak farook* fut pour la première fois apporté à Massulipatam par des marchands mongols, et recommandé dans le béribéri. Ce n'est autre chose que la thériaque des anciens préparée par un pharmacien de Venise, et reportée en Asie. Suivant M. Malcolmson, ce médicament réussit très-bien quand on a soin d'y joindre quelques doux laxatifs et de recommander l'usage du lait, une diète légère, les frictions et un exercice modéré. Une autre composition vantée par les Indiens est l'*oleum nigrum* faite avec le benjoin, des clous de girofle, la muscade et le macis. Ils prétendent en retirer de grands avantages. Il est certain que la proportion des décès causés par le béribéri diminua d'une manière remarquable par l'usage général de cette huile noire. Le docteur Herklot en a surtout obtenu des effets surprenants. Sur cinquante cas de béribéri il a perdu seulement un seul malade, tandis qu'il en perdait ordinairement onze sur quinze par les méthodes ordinaires, la saignée et les purgatifs. Il donne quinze gouttes de l'huile noire deux fois par jour, les symptômes s'amendent dès le lendemain, et l'œdème commence à se dissiper. Au quatrième jour le mieux est très-sensible, le sixième on peut suspendre la prescription, et jamais on ne la continue au-delà du quinzième jour.

(*The india journ. of med. sc.*)

II. — *Les accouchements dans l'Inde.* — Parmi les Birmans, dès qu'une femme est arrivée au septième mois de sa grossesse, on lui recommande de serrer son *thamien* ou sa jupe plus fortement et plus bas autour du ventre, immédiatement au-dessus du foetus dans le but de le repousser et de le maintenir aussi bas que possible. On craindrait, s'il venait à remonter, que l'accouchement n'en fût plus long et plus difficile.

Quand le travail est déclaré, la femme est assistée par une ou deux woan-zwé (sages-femmes), et par 3, 4, ou même 5 ou 6 femmes de sa famille ou de ses amis qui ferment toutes les portes et les fenêtres de la chambre, de manière à empêcher toute entrée de l'air et à l'échauffer autant que possible. La femme se met complètement nue. On l'oblige en cet état à courir dans l'appartement autant que ses forces le lui permettent, soit seule, soit avec le secours de ses amies, quelquefois s'arrêtant et se pressant les reins contre les poteaux de la maison, quelquefois soulevant un poids considérable avec les deux mains et le rejetant avec force, comme si elle pilait du riz, ou bien enfin se roulant sur le plancher. Durant tout ce temps aussi, elle fait entendre des cris aigus, faisant vœu de quitter son mari et désirant la mort, désir que les Birmans regardent comme une preuve de mauvaise éducation et d'ignorance. Le mari n'est point admis près de sa femme, il se tient ordinairement dans la chambre voisine ou dans la rue, riant des injures qu'elle lui adresse; ou, s'il est plus sensible, il entre et enlève le couvercle de toutes les boîtes qu'il y a dans sa maison, comme moyen de rompre les charmes que pourraient avoir fait naître ses ennemis; il prépare aussi avec des rites particuliers de l'eau *charmée* ou *sacrée*, pour faire boire à sa femme.

On frotte le corps de la femme avec de l'huile, et les assistantes lui appliquant un pied sur les reins poussent ainsi

l'enfant vers la vulve. D'autres fois on place la femme sur le dos, et la sage-femme s'assied sur elle. Enfin l'accouchement a lieu. On laisse l'enfant près de sa mère, jusqu'à ce que le placenta soit expulsé; pour procurer cette expulsion, les assistantes compriment de nouveau le ventre de la femme, tirent sur le cordon, quelquefois frappent sur les reins avec un oreiller dur, ou lui enfoncent une portion de sa longue chevelure dans la gorge pour exciter le vomissement. On coupe le cordon, les assistantes saisissent alors l'accouchée par les quatre membres, la soulèvent, la plongent dans l'eau chaude, puis la portent aussi près que possible d'un grand feu. On lui frotte le corps avec le *turmeric* et le *chunam*, et on lui en fait avaler aussi. Une brique chaude et du sel enveloppé dans un linge sont aussi promenés successivement sur diverses parties de son corps, et souvent l'on applique sur la vulve, ou même l'on introduit dans le vagin une poignée de sel.

Cette exposition au feu doit se répéter durant 7 jours. Pendant ce temps, l'accouchée est obligée de prendre la dose de sel, de turmeric et de chunam 3 fois par jour au lever du soleil, à midi, et le soir, pour tenir l'intérieur du corps aussi chaud que l'extérieur. Elle doit boire aussi de l'eau chaude. Enfin, une ou deux fois par jour, elle prend une sorte de bain de vapeur en s'asseyant près du feu sous un chassis de bambou que l'on recouvre de linges trempées dans l'eau chaude, ou sur une brique brûlante. Son lit est un banc de bambou qu'on place le plus près possible du feu. Elle n'a de place que juste pour se tourner et présenter au feu le dos ou le ventre quand la chaleur est trop forte sur une de ces parties. La chaleur à laquelle elle est soumise serait intolérable, si on ne lui frottait le corps fréquemment avec du turmeric pilé et de l'eau. Elle est donc tenue dans un état de sueur continuelle, qu'on ne

fait cesser par degrés qu'au septième jour; on cite une dame de haut rang, qui pendant ces 7 jours a brûlé la valeur de onze cents bûches de bois de chauffage, mais la quantité ordinaire est de deux ou trois cents bûches. Le bois de tamarin est préféré par ceux qui peuvent s'en procurer, par la raison qu'il donne plus de chaleur. Pendant toutes ces opérations, la peau n'est garantie par aucun bandage, aussi à la fin est-elle devenue toute noire, et pèle plus tard.

Mais soit par négligence, soit par la difficulté d'empêcher les courants d'air dans la maison, la pauvre femme souvent prend froid, et gagne des douleurs rhumatismales ou d'autres affections de longue durée. Et quand surviennent des accidents de ce genre, les Birmans les attribuent uniquement à ce que la femme n'a pas été rôtie suffisamment. La principale sage-femme de la ville est une vieille femme âgée de 77 ans, elle exerce sa profession depuis plus de 50 ans et a accouché plus de 10, 000 femmes. Elle est aujourd'hui souvent appelée pour délivrer les arrière-petites-filles de femmes qu'elle a accouchées dans sa jeunesse, et elle estime la mortalité des femmes en couches à 10 sur 100: un accouchement lui est payé ordinairement 4 ou 5 roupies.

Le régime des femmes, durant les premiers jours qui suivent l'accouchement, consiste en riz bouilli dans une tasse de bouillon très-chaud fait avec un mélange de sauce de poisson, une grande quantité de poivre, quelques oignons, et la racine d'une plante *hura*, remarquable par ses propriétés échauffantes. Ce bouillon augmente la transpiration. On ne suppose pas que la femme ait du lait avant le quatrième jour. Pour favoriser cette sécrétion, on fait sur les mamelles des frictions avec de l'eau chaude, et les assistantes tiraillent les mamelons et les grattent avec les on-

gles. Quelquefois on mâche un peu de riz bouilli et on le porte jusque dans le gosier de l'enfant, mais d'ordinaire c'est un peu de miel et d'eau qu'on lui donne de temps en temps, et qui fait sa nourriture pendant les 3 premiers jours; alors la mère lui donne le sein.

(*The india journ. of med. sci.*)

III.—*Statistique de la production des hernies.*—Il n'existe aucune statistique positive qui puisse nous apprendre si la hernie affecte plutôt les classes sédentaires que les classes laborieuses, les riches que les pauvres, les jeunes que les vieux. Quoique le célèbre docteur MONRO établisse, d'après des documents de la Société herniaire de Londres, que la moyenne est de 7 pour cent, on trouve cependant dans son ouvrage que sur 40,460 recrues allemandes examinées par le docteur VERSTAUN, 365 furent réformées pour cause de hernie, ce qui fait moins que 1 pour cent; et encore ces jeunes Allemands appartenaient-ils tous aux classes les plus pauvres. En supposant que les femmes et les enfants de cette population sont atteints de cette infirmité dans le même rapport, on aurait encore à peine 2 un quart pour cent pour la fréquence de la hernie à tous les âges. Cette moyenne contraste singulièrement avec celle de 7 pour cent adoptée par Monro, et plus encore avec celle de 1 un tiers résultant de l'examen des conscrits en France pendant trois années. Les Mémoires de l'ancienne Académie de chirurgie fournissent peut-être les chiffres les plus certains, la moyenne est au-dessous des nombres cités dans les ouvrages de chirurgie.

Il est à craindre que la fréquence des hernies observée dans les différentes classes qui composent une nation ait été plutôt déterminée par conjecture que par la statistique. En Suisse, le canton d'Appenzell, selon Freytag et Blu-

menbach, serait celui où la hernie est la plus commune. Mais avant de donner des raisons ingénieuses à l'appui de ce fait, il aurait fallu que ces savants missent par des chiffres le fait lui-même hors de doute. Trouve-t-on plus de hernies dans les montagnes de l'Écosse, le pays de Galles, quelques parties de l'Irlande que dans les grandes plaines de France ou d'Angleterre ? On ne sait rien encore de positif à cet égard malgré l'affirmation de quelques médecins.

M. Lawrence, imposante autorité dans cette question, assure que cet accident est plus commun dans les classes laborieuses que dans les autres, pour la même raison chez les hommes plutôt que chez les femmes, et plutôt du côté droit que du côté gauche du corps. Il est fâcheux que ces assertions ne soient pas exprimées en chiffres, leur valeur serait plus incontestable. Les habitants du cap de Bonne-Espérance ne travaillent pas du tout, leur indolence est extrême, et cependant ils passent pour être très-sujets aux hernies. L'auteur de ces recherches, le docteur KNOX, fut pendant quelques mois chirurgien d'un corps de *yeomanry*, composé de 900 fermiers hollandais et leurs fils de tout âge. L'un d'eux était mulâtre et réclama l'exemption de service à cause d'une hernie inguinale. Dans son rapport à l'officier, le docteur KNOX exprimait le motif qui donnait lieu à cette exemption. Ne désignez pas la nature de la tumeur, lui fut-il répondu, car vous verriez bientôt un tiers de vos hommes réclamer la même dispense. Quoique cette crainte fût peut-être un peu exagérée, il n'en fut pas moins établi que ces colons du cap, dont l'indolence et le confort sont si connus, sont exposés aux hernies. Faut-il l'attribuer à l'habitude générale de monter à cheval, et à leur corpulence remarquable? On peut admettre ces causes, quoiqu'on ne sache précisément quel rapport existe entre

cette fréquence de la hernie et le chiffre de la population et les autres maladies chirurgicales.

Il est une disposition anatomique qui semble surtout favoriser la hernie, c'est la largeur exagérée du bassin, et par conséquent l'augmentation dans les dimensions de cette cavité, tant chez l'homme que chez la femme. Le docteur Knox a toujours trouvé cette disposition; quand elle était extrême, il y avait hernie crurale chez l'homme.

Eu égard à la fréquence des hernies dans les deux sexes, il paraîtrait, d'après un rapport de la Société des bandages de la cité de Londres pour l'année 1814, que sur 7,599 personnes soulagées dans cette institution, on comptait 6,458 hommes et 1,141 femmes; sur ces 7,599 individus, 2,597 étaient du sexe mâle et avaient une hernie inguinale du côté droit, 1,469 du même sexe avaient la hernie du côté gauche.

Vingt femmes avaient la hernie à droite, et 14 à gauche. La hernie crurale droite s'observait sur 264 femmes, et sur 246 à gauche. La même hernie droite n'était vue que 47 fois chez l'homme, et 11 fois du côté gauche. Quelle que soit l'exactitude de ces nombres, on ne saurait s'en servir pour établir une moyenne sur toute la population anglaise.

Les causes qui disposent plutôt les hommes aux hernies inguinales et les femmes aux crurales, ont été cherchées dans la différence de largeur des ouvertures donnant passage aux intestins. L'assertion de Monro sur la petitesse du ligament de gimbernat comme favorisant la hernie crurale chez les femmes, n'est plus admissible, car l'anatomie rigoureuse démontre que ce ligament est de même dimension dans les deux sexes et souvent plus large chez la femme.

Quelques-uns refusent encore d'admettre que la disproportion numérique des hernies gauches ou droites dépende

de la disparité entre les deux côtés du bassin, tandis que cette différence est plutôt attribuée par Lawrence et M. Jules Cloquet à l'emploi habituel du côté droit du corps dans les mouvements. Le docteur Knox ne partage pas l'opinion de ces savants chirurgiens. Selon lui, ce n'est jamais d'une seule main qu'on lève un fardeau un peu lourd, et alors si l'on se sert des deux mains, la tendance aux hernies doit être égale des deux côtés. Or, il n'en est pas ainsi. Cependant l'auteur n'a pu jusqu'ici démontrer par le compas la plus grande largeur du côté droit du bassin.

Par ce qui précède, on voit que la statistique des hernies est loin d'être complète. On ne sait pas le chiffre moyen de cet accident sur tout le sexe mâle, ni l'âge où on l'observe le plus souvent. Les mêmes éléments manquent pour le sexe féminin. S'il est prouvé que l'équitation dispose aux hernies, on ne connaît pas dans quel rapport elles se rencontrent, dans la cavalerie relativement à l'infanterie. Ce nombre est encore ignoré pour les armées russes ou prussiennes. En France, on sait seulement par les relevés de la conscription de 1831 à 1833 que la moyenne est de 1, 3 pour cent recrues, tandis que la moyenne des réformes pour toute autre infirmité, le défaut de taille excepté, est de 6, 7 pour cent.

La race noire paraît être exempte de hernies. Sur plusieurs milliers de nègres visités par le docteur Knox, pas une seule n'a été vue; chez les mulâtres, au contraire, elle serait assez commune.

Par la nature de leurs travaux, qui exigent tant d'efforts musculaires, les marins sembleraient plus disposés aux hernies. Eh! bien, on n'entend guère parler de cette maladie chez cette classe d'hommes, et puis aucune statistique n'a été publiée sur ce sujet. Il est deux classes d'individus à

peu près exemptes de hernies, les gens très-riches et les mendiants vagabonds.

(*The Edimb. med. and surg. Journal.*)

IV.—*Institutions médicales des États-Unis.*— L'époque de l'introduction de la médecine européenne dans l'Amérique du nord n'a pas de date précise. Il semblerait qu'après le premier établissement des Anglais dans ce pays, les membres du clergé s'occupaient de l'art de guérir ; et non-seulement ils faisaient des prescriptions, mais encore ils se livraient aux controverses médicales et publiaient des traités.

Mais déjà en 1638, le collége de Harvard était fondé à Cambridge dans la Nouvelle-Angleterre ; en 1691 et 1706, ceux de William et Marie en Virginie, et de Yale au Connecticut étaient aussi établis. Plusieurs de leurs élèves visitaient l'Europe et surtout Édimbourg pour suivre les cours de médecine, et après avoir pris leurs grades ils revenaient pratiquer en Amérique. Presque tous les plus grands médecins et chirurgiens qui vivaient avant la révolution avaient étudié en Europe ; la plupart venaient directement d'Angleterre, car jusqu'à l'époque de la séparation de la mère-patrie, il semblait qu'il n'était pas possible d'enseigner la médecine en Amérique.

En 1750, le corps du meurtrier Herman Carroll fut disséqué après l'exécution à New-York par John Bard et Peter Middleton, deux des plus célèbres docteurs du temps. Ce fut la première tentative d'introduction des études anatomiques aux États-Unis. Plusieurs années après, des cours d'anatomie et de chirurgie, aidés par la dissection, étaient faits à New-Porte, Rhode-Island, par un docteur, W. Hunter, écossais, parent des célèbres William et John Hunter d'Angleterre ; il avait été élevé par le premier Monro et fai-

sait des cours d'anatomie comparée qui étaient suivis par toute la ville.

Ce ne fut qu'en 1762 que deux médecins américains, MM. Shipen et Morgan, fondèrent l'université de Pensylvanie.

On compte aujourd'hui aux États-Unis 23 colléges médicaux ayant le pouvoir de conférer des grades. Ces colléges sont suivis pendant l'année scolaire par 2,500 étudiants, dont 5 ou 600 prennent leurs degrés. Dans ce pays les différentes branches de la profession ne sont pas distinctes comme en Angleterre. L'apothicaire aux États-Unis correspond au titre de pharmacien en France. Jamais il ne visite de malades, et ne fait de prescriptions chez lui.

Tout candidat au diplôme médical doit connaître la pratique de la médecine et de la chirurgie. Quoique quelques-uns soient portés par leur goût à exercer plutôt la chirurgie, par exemple, que la médecine, ils n'en sont pas moins forcés à étudier également les deux parties de la science.

Les colléges sont tous organisés sur le même plan, bien qu'il y en ait qui diffèrent par le nombre des chaires, et les facilités pour l'étude.

Dans les plus grands colléges on exige que le candidat ait étudié la médecine pendant 3 ans, suivi deux cours publics sur toutes les parties de la science dans quelque institution médicale régulièrement organisée. Alors viennent les examens et la thèse. Dans certaines écoles, l'élève doit être âgé de 21 ans et d'une bonne moralité ; dans d'autres, on demande quelques notions de philosophie et de latin. Partout les examens se font en anglais. A l'université de Pensylvanie seulement le diplôme est en anglais et du langage le plus simple.

Des hôpitaux ou des dispensaires facilitent l'étude des

maladies et des opérations chirurgicales. L'élève est obligé de les suivre pendant un an, et de disséquer durant le même espace de temps, outre les deux cours d'anatomie exigés.

La rétribution universitaire varie beaucoup suivant les colléges. A l'université de Pensylvanie, le prix est de 120 dollars ou 27 livres sterling pour un cours, tandis que dans certaines écoles on ne paie que 55 dollars ou 12 livres sterling. Le droit de diplôme varie aussi, il est de 40 dollars à l'université de Pensylvanie, et de 5 seulement à celle de Virginie.

Le mode d'enseignement est le même que celui qui est adopté en Europe : leçons aidées par la démonstration et expériences, muséum, cabinet de préparations, etc.

Le temps scolaire des écoles purement médicales commence le 1er novembre et se termine à la fin de février. Les salles de dissection sont quelquefois ouvertes plus tôt, comme au collége de Jefferson à Philadelphie, où des cours ont lieu dès le mois d'octobre.

(*Baltimore med. Journal.*)

V.—*Cas remarquable d'un clou resté dans les poumons pendant plus d'une année.* — Miss Lyman, âgée de 5 ans, fut tout-à-coup saisie, en jouant à l'école, au mois de mai 1823, d'une toux convulsive et de vomissements causés par un corps étranger qu'elle venait d'avaler avec grande difficulté. En recouvrant la parole, elle assura qu'au moment où elle commença à tousser elle avait à la bouche un clou de l'espèce de ceux qui servent à couvrir les malles, et qu'elle l'avait avalé. Le docteur Cogswell, qui vit la jeune fille peu de moments après l'accident, lui fit prendre de l'huile de ricin. La toux continua d'être très-intense pendant plusieurs jours, puis elle se calma; le médecin pensait qu'elle

provenait de l'irritation causée dans le principe par le passage du clou le long de l'œsophage.

Un an après, miss Lyman prit froid, la toux qui avait cessé reparut et s'accompagna d'expectoration et d'hœmoptisie. La fièvre hectique, les sueurs nocturnes et d'autres symptômes ne tardèrent pas à établir le diagnostic de la dernière période de la phthisie pulmonaire. Sa mère était morte en couches de la même maladie. Miss Lyman mourut le 1er juin 1824.

A l'autopsie, la trachée et le poumon gauche étaient sains; mais la bronche droite était enflammée, et vers la quatrième ou cinquième division de cette bronche on trouva un clou long d'un demi-pouce, et ayant une large tête. Il était noir sans être corrodé, et paraissait fixé dans l'une des divisions bronchiques. Comme il n'existait point de canal se dirigeant du clou à quelque portion de poumon, il était probable qu'il n'avait pas changé de place. Autour de lui, les vaisseaux étaient un peu engorgés, mais le poumon droit était moins altéré à l'endroit du clou que dans le reste de son étendue; il était adhérent et entremêlé d'abcès dont le pus passait dans les bronches par des fistules.

On connaît peu d'exemples d'un corps étranger si large demeurant dans les poumons sans produire promptement la mort. On a vu que, chez miss Lyman, le poumon gauche était sain, et une grande portion de celui du côté droit servait très-bien aux fonctions respiratoires.

M. Sue rapporte le cas d'une jeune fille de huit ans qui, en avalant un morceau de pigeon, toussa long-temps comme si quelque chose s'était arrêté dans la trachée. Dix-huit ans et le mois après, elle rendit, dans un violent accès de toux, un fragment d'os de pigeon. Une année plus tard, elle se mourait de phthisie. M. Broussais a publié un

cas de pneumonie chronique causés par une balle qui séjourna dans la poitrine pendant sept ans. M. Louis cite un marchand dans la trachée duquel une pièce d'or séjourna pendant quatre ans sans beaucoup d'inconvéniens, excepté quand il était dans une position horizontale. A la fin, elle produisit l'ulcération, et le malade mourut de phthisie. Dupuytren avait observé un fait semblable.

(*The American Journ. of méd. science.*)

VI. — *Chute de la matrice traitée par un nouveau procédé.* — Toutes les femmes, quel que soit leur âge, sont exposées à la chute de la matrice. Cette infirmité est aussi fréquente qu'incommode. On y remédie généralement par le pessaire ; mais l'irritation qu'il cause, la dilatation et le relâchement des membranes, délicates du vagin, le rendent difficilement supportable. Affaiblissant la construction normale du vagin, le pessaire augmente nécessairement les conditions morbides du prolapsus, et, bien qu'il puisse soutenir mécaniquement la matrice, cet état provisoire n'a lieu qu'aux dépens de la santé des organes.

Le nouvel instrument proposé par M. Annan fut d'abord employé, avec un succès complet, dans une procidence du rectum. C'est à peu près le même instrument dont se servent les chirurgiens anglais pour retenir le prolapsus de l'anus, et qui se compose : 1° d'un ressort métallique circulaire embrassant tout le bassin comme le bandage herniaire ; 2° d'une tige courbe qui, partant de l'angle sacro-vertébral, se termine à l'anus.

L'appareil du docteur Annan diffère du précédent en ce qu'il porte au bout inférieur de la tige descendante une plaque circulaire trouée à son centre, à laquelle sont attachées deux petites courroies étroites. En serrant ou en relâchant un petit écrou, dont cette plaque est douée, on

peut graduer à volonté sa pression sur l'anus. Cette machine comprime l'anus et le périnée, elle s'oppose parfaitement à la descente de l'utérus, améliore l'état des hémorrhoïdes et guérit la procidence du rectum si elle existe.

Cet instrument fut appliqué sur une femme atteinte d'une procidence de la matrice au troisième degré, et chez laquelle les pessaires avaient été insupportables et inefficaces. La matrice a été contenue et soulagée. Depuis longues années, la malade peut, pour la première fois, se promener librement sans souffrir. Elle porte l'instrument depuis deux ans, et fait de grandes courses sans qu'il se déplace. Maintenant la femme n'en fait usage qu'à de longs intervalles.

T. D. Latour.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Janvier 1836.)

Mécanisme des organes locomoteurs. — Battements des artères. — Méthode pour apprendre l'auscultation.

Les séances des 2, 9, 16 et 20 janvier n'ont offert aucun sujet spécial relatif aux sciences médico-chirurgicales.

Séance du 23. — *Recherches physiologiques sur le mécanisme des organes locomoteurs.* — M. de Humboldt adresse à l'Académie un ouvrage de M. Weber sur ce sujet, dont il signale

le passage suivant sur les causes du maintien du membre abdominal dans l'articulation de la hanche : « Le bourrelet » orbiculaire et ligamenteux de l'articulation fait fonction » de soupape. La jambe ne tombe pas lorsque, sur un ca- » davre, tous les muscles et la membrane capsulaire ont été » coupés ; elle ne descend pas même d'une fraction de » millimètre : la jambe tombe, au contraire, dès que, par » un trou pratiqué, sans toucher au ligament rond, ni à » la membrane capsulaire, on fait arriver de l'air dans la » cavité cotyloïde. C'est donc, selon l'auteur, la pres- » sion atmosphérique seule qui soutient la jambe dans » l'articulation de la hanche. »

M. de Humboldt joint, à l'appui de cette opinion, des considérations qu'il a émises antérieurement sur l'influence d'un air alpin qui n'exerce que la moitié de la pression correspondante aux régions basses du littoral. Il a trouvé dans la rareté de ces couches la cause des lassitudes musculaires que l'on ne manque pas d'éprouver dans les membres, dans les régions élevées de l'atmosphère. A ces observations, M. de Humboldt ajoute les expériences de M. Weber lui-même et de MM. Magnus et Müller, qui consistent à placer, sous la cloche d'une machine pneumatique, une jambe tenant à l'articulation de la hanche. A mesure qu'on fait le vide, ou qu'on y introduit l'air, la jambe s'élève ou descend, et se détache.

Mécanisme du mouvement ou battement des artères. — M. Flourens communique le résultat de ses recherches sur ce sujet. D'après l'exposé des divers travaux auxquels il a donné lieu, M. Flourens fait ressortir la divergence des opinions des auteurs sur le mode selon lequel se meuvent les artères. L'opinion de Galien et de Harvey, qui ne voient la cause du battement de l'artère que dans leur dilatation et leur resserrement successifs, n'a reçu aucune at-

teinte des expériences mal conçues de Lamure. Weibrecht, le premier, la voit dans la locomotion ou mouvement en masse de l'artère, Lamure dans son soulèvement, Arthaud dans le redressement de ses angles.

M. Flourens rappelle les expériences de ces auteurs en faveur de leurs opinions, et élève diverses objections auxquelles elles peuvent donner lieu. Après avoir constaté les divers mouvements mis en jeu pour constituer le battement de l'artère, il conclut que tous ses mouvements dérivent rigoureusement et nécessairement de l'effort impulsif du sang et de l'élasticité des parois artérielles. « En » effet, dit-il, l'artère étant supposée pleine, chaque nou» velle quantité de sang poussée par les ventricules ne peut » y pénétrer sans la distendre en largeur, en longueur, sans » tendre à redresser ses courbures, et sans déterminer par » conséquent plus ou moins, selon les dispositions qu'elle » présente, *sa dilatation*, *son élongation et sa locomotion*.

» Le pouls n'est donc que le battement senti par le doigt, » et il se complique de tous les éléments, de toutes les cir» constances qui déterminent ou compliquent le battement » de l'artère. »

Auscultation artificielle, ou méthode pour apprendre l'auscultation. — M. Pétrequin présente à l'Académie un travail sur l'auscultation artificielle dans le but de remédier aux erreurs auxquelles on s'expose en s'adonnant sans maître à cette étude. Son procédé consiste : 1° à explorer des poumons détachés, tantôt sains, tantôt malades, dans lesquels il simule les bruits naturels et morbides, soit en poussant des injections dans les bronches pour stimuler les rales tubaires ; 2° pour l'exploration de la voix et de la toux, l'auteur imagine d'appliquer le pavillon du stéthoscope sur le larynx d'une personne parlant à haute voix et l'autre bout du cylindre sur l'origine des bronches du sujet, pendant

qu'on simule les mouvements respiratoires; il obtient ainsi la production artificielle de la voix et de la toux dans les cavités broncho-pulmonaires du cadavre. (Commissaires : MM. Serres et Savart.)

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Janvier 1836.)

Vaccine. — Dragées de baume de copahu. — Introduction de l'air dans la plèvre. — Gangrène sénile. — Grossesse quadruple. — Modification du lithotriteur de M. Heurteloup. — Pieds-bots. — Influence du climat sur la phthisie pulmonaire. — Discussion sur le magnétisme. — Nouveaux scarificateurs.

SÉANCE DU 5 JANVIER. — *Vaccine.* — M. Girard communique à l'Académie le résultat de ses recherches sur la transmission du virus vaccin des animaux autres que la vache à l'homme; M. Girard a inoculé un très-grand nombre de bêtes ovines et à cornes, et a fait passer ensuite le virus de ces animaux à l'homme : l'inoculation a été suivie d'un plein succès. Ainsi, des enfants vaccinés avec du virus vaccin pris sur un mouton, ont offert des boutons aussi beaux que les boutons produits par le cowpox. Quant à son action préservatrice contre la petite vérole, M. Girard demeure dans le doute, et se propose de diriger ses recherches sur ce point.

Dragées de baume de copahu. — D'après une lettre du ministre à l'Académie, tendant à avoir son avis sur les dragées de baume de copahu de M. Fortin, pharmacien à Paris, M. Boulay lit un rapport sur la préparation du mé-

dicament dont il s'agit. Le rapporteur propose de répondre au ministre : 1° que la composition de ces dragées n'est pas un remède nouveau ; 2° que le procédé employé par M. Fortin était déjà connu ; 3° qu'il n'y a pas lieu à délivrer un brevet d'invention.

Après une courte discussion sur les conclusions du rapport, elles sont adoptées.

Introduction de l'air dans la cavité des plèvres. — M. Cruveilhier demande la parole pour rectifier une assertion qu'il a soutenue au sujet de la discussion de l'empyème sur l'innocuité de l'introduction de l'air dans la cavité pleurale. Il déclare avoir répété avec M. Amussat l'expérience de l'ouverture des deux cavités thoraciques chez les animaux vivants, avec la précaution de maintenir béantes les deux ouvertures au moyen d'une canule ; les animaux sont morts asphyxiés après quelques minutes. M. Cruveilhier croit donc pouvoir établir que l'animal meurt si l'on maintient béantes les deux ouvertures, et qu'il peut continuer à vivre si l'on n'en maintient qu'une seule béante. La vie se soutient aussi si l'on rend intermittente l'entrée de l'air dans la poitrine par les deux canules.

Gangrène sénile. — M. Piorry fait un rapport sur un cas de gangrène sénile du membre inférieur guéri par l'administration intérieure et externe du quinquina à des doses très-considérables, et saisit l'occasion de faire quelques remarques sur les causes de cette affection. Il en reconnaît deux principales : 1° un obstacle à la circulation ; 2° l'inflammation des artères et des veines. Le rapporteur se livre ensuite à quelques réflexions sur l'abus qu'on a fait du mot gangrène, et sur l'avantage qu'on obtiendrait à réformer la nomenclature médicale.

SÉANCE DU 10 JANVIER. — *Grossesse quadruple.* — M. Ca-

puron fait un rapport sur une observation de M. Pécot, de Besançon, relative à un cas de grossesse quadruple, chez une dame de 36 ans enceinte pour la quatrième fois, et qui avait eu primitivement une grossesse double; les douleurs du travail se faisant sentir depuis huit jours sans effet, M. Pécot a administré, avec le plus grand succès, une infusion d'un gros de seigle ergoté. L'accouchement s'est terminé très-heureusement : les quatre placentas, quoique n'ayant entre eux aucune communication vasculaire, étaient réunis et formaient un seul gâteau. La matrice, très-fortement distendue, n'est entièrement revenue qu'après plusieurs jours sur elle-même, ce qui a été occasionné par le séjour de caillots de sang dans sa cavité.

Les quatre enfants étaient tous du sexe masculin. Trois sont morts du quatrième au cinquième jour, et le quatrième a vécu 24 jours.

La mère, après un mois de convalescence, pendant lequel les lochies ont eu leur cours normal, s'est parfaitement rétablie, et jouit d'une très-bonne santé.

M. le rapporteur fait ensuite quelques réflexions sur la manœuvre de cet accouchement, et sur l'emploi du seigle ergoté administré par M. Pécot; suivant M. Capuron, ce médicament ne jouirait d'aucune propriété contractile sur la matrice, et, en le bannissant de la matière médicale, on ne se priverait d'aucune ressource thérapeutique (1).

Modification du lithotriteur de M. Heurteloup. — M. Sasse présente une modification du percuteur de M. Heurteloup, qui a pour but de débarrasser tout-à-fait l'instrument des fragments de pierre qui y restent souvent après une opération, avant de le retirer de la vessie. Cette modification consiste à fenêtrer suffisamment la branche femelle pour

(1) Cette assertion a été réfutée par MM. Moreau et Villeneuve.

permettre à la branche mâle d'être poussée jusqu'à deux ou trois lignes au-delà du talon de l'instrument. Cette dernière branche est munie d'un ressort à boudin qui la maintient à sa place quand on cesse la pression sur son extrémité. Par ce mécanisme, la branche mâle doit nécessairement chasser devant elle tous les fragments de pierre qui auraient pu se nicher dans la cavité de la branche femelle.

. . . .

SÉANCE DU 17. — *Pieds-bots.* — M. Duval envoie à l'Académie un mémoire contenant une trentaine d'observations détaillées d'individus atteints de pieds-bots qu'il a parfaitement guéris dans son établissement, au bout de quelques semaines, par la section du tendon d'Achille, et à l'aide de la semelle orthopédique de son invention. (Commissaires : MM. Broussais, Breschet et Bourdon.)

Influence du climat sur la phthisie pulmonaire. — D'après le premier rapport de M. Louis (11 octobre) sur l'influence du climat d'Alger sur la phthisie pulmonaire, en réponse à la lettre du ministre de l'intérieur, l'Académie décida qu'on adresserait aux membres correspondants une sorte d'instruction tendant à obtenir des résultats statistiques capables d'éclairer la question dont il s'agit. La commission chargé de ce soin présente son rapport par l'organe de M. Louis.

Le rapporteur commence par faire ressortir toutes les difficultés qui, dans l'état actuel de la science, se rattachent à l'histoire de la pthisie pulmonaire. Il définit ensuite cette affection d'après ses symptômes ordinaires pendant la vie, et d'après la dégénérescence pathologique du tissu pulmonaire constatée sur le cadavre. Quant aux renseignements à obtenir pour servir de base aux décisions de l'Académie, M. Louis établit que le cadre statistique qui lui sera présenté doit offrir toutes les particularités géographi-

ques et météorologiques, l'âge, le sexe, la profession, le début, les symptômes, la marche, la durée, les variabilités et les terminaisons de la maladie; il doit de plus indiquer l'anatomie pathologique du poumon dans tous les cas qui se sont terminés par la mort.

Une vive discussion s'élève au sujet de ce rapport. M. Capuron veut que l'on ajoute à ces différentes données des recherches sur les moyens de prévenir la phthisie; M. Desporte pense que l'instruction serait incomplète si l'on n'y faisait mention de l'influence du climat sur les enfants et sur les adultes; car, dit-il, d'après les observations de M. Quinet, médecin dans les Indes, elle est différente dans ce pays sur ces deux âges. M. Castel s'élève contre l'ensemble du rapport dont le fond et la forme lui paraissent vicieux. MM. Cruveilhier, Ferrus et Husson ne partagent pas l'opinion du rapporteur touchant l'incurabilité de la phthisie; M. Husson du moins propose de supprimer du rapport une phrase relative à ce point, dont la lecture peut devenir désespérante pour le public.

M. Villeneuve donne connaissance de quelques renseignements qu'il a reçus, d'après lesquels il est fondé à croire que la phthisie est plus fréquente à Alger qu'on ne pense.

Traditions hippocratiques chez les Arabes. — M. Duméril lit une notice sur un manuscrit qui lui a été envoyé d'Alger par M. Gyot, médecin, sur quelques points de médecine et de chirurgie chez les Arabes. Voici les points les plus remarquables de cette notice :

1° La vaccination existe de temps immémorial chez les tribus arabes.

2° La saignée du pied et de la tête est très-répandue chez eux dans le traitement des maladies.

3° Les engorgements glanduleux des mâchoires sont très fréquents, ils les traitent par une diète très-sévère pendant quarante jours, ainsi que cela leur avait été appris par Hippocrate lui-même.

4° Les ophthalmies chroniques sont très-fréquentes, ils les traitent par le nitrate d'argent qu'ils tirent de l'étranger.

5° Ils pansent les plaies en les remplissant de beurre.

6° Pour les fractures, ils enveloppent le membre dans une espèce d'appareil inamovible qu'ils construisent avec de la terre argileuse, des blancs d'œufs et des roseaux pour attelles.

7° Le goître est très-fréquent chez eux, de même que la peste et le choléra. (Dépôt aux archives.)

SÉANCES DU 24 ET DU 31. — *Discussion sur le magnétisme.* — Les journaux politiques ont fait mention d'un fait assez extraordinaire de la puissance magnétique, dans lequel le nom d'un membre de l'Académie se trouve mêlé. M. Oudet, chirurgien-dentiste, d'après le désir de l'Académie, raconte le fait. Il y a deux mois, dit-il, M. Hamard me parla d'une femme qui souffrait horriblement d'une dent, et qui était un sujet parfait pour le magnétisme. On voulut tirer parti du privilége heureux dont elle jouissait de pouvoir s'endormir facilement; je fus appelé auprès d'elle pendant son sommeil, et comme elle ne manifesta aucune sensibilité par l'enfoncement que fit M. Hamard de quelques aiguilles dans la main, je plaçai mon instrument sur la dent malade, dont je fis sur-le-champ l'extraction, sans qu'elle eût donné aucun signe de sensation douloureuse.

Le récit de ce fait soulève une vive discussion au sein de l'Académie entre les partisans et les antagonistes du magnétisme. Cette discussion, sans résumé ni conclusions

occupe les deux séances du 24 et du 31, et ne saurait se prêter à l'analyse. (Voir l'article *Variétés* de ce numéro.) On demande de toutes parts l'ordre du jour. Il est adopté.

Nouveaux scarificateurs. — M. Charrière soumet au jugement de l'Académie cinq modèles nouveaux de scarificateurs, au nombre desquels se trouve celui qu'il a confectionné sous la direction de M. Barascud; M. Charrière aurait désiré leur donner tout le perfectionnement auquel il vise avant de les communiquer à l'Académie, si une question de priorité ne s'était déjà élevée à ce sujet. Nous en donnerons la description après le rapport de MM. Bouillaud et Thillaye.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE BORDEAUX.

Rapport sur le concours pour l'année 1836, par M. Costes, au nom d'une commission composée de MM. Gintrac, président, Burguet, secrétaire-général, Révolat père, Bourges, de Sainœric, Pareyra, Bonnet et Fasileau. — La question était celle-ci : « Existe-t-il des altérations primitives des fluides circulatoires (*sang* et *lymphe*)? Les distinguer de celles qui ne sont que secondaires; déterminer la nature de ces altérations primitives; leur influence sur l'organisme, et particulièrement en ce qui regarde la production et le traitement des maladies. »

Trois mémoires ont été envoyés au concours. L'auteur du mémoire n° 3 a cité, parmi les autorités qu'on peut apporter à l'appui de l'existence des altérations morbides du sang, *Sénac*, *Hygmore*, *Haller*, *Spallanzani*, *Stahl* et *Hunter*, qui l'ont vu épaissi et coagulé de manière à ne pouvoir sortir de la veine; *Wan Swieten*, *Lind*, *Sprengel*, *Huxham*, *Haller* et *Zimmermann*, qui l'ont trouvé au con-

traire fluidifié et incoagulable; *Morgagni*, qui l'a vu froid et fétide; *Haller*, semblable à du bouillon; *Bichat*, mêlé de pus; *Dugès*, *Zimmermann*, *Enaux* et *Chaussier*, limoneux, putride, vénéneux, âcre et corrosif.

L'auteur du mémoire n° 2 reconnaît deux maladies produites par excès des éléments organiques du sang, savoir: la *pléthore* et la *fièvre inflammatoire*. Au contraire, l'*anémie*, la *chlorose*, le *scorbut aigu* (ou *purpura hemorrhagica*), le *scorbut chronique*, la *gangrène spontanée* et de cause interne, sont pour lui des maladies produites par la diminution ou le défaut des éléments organiques du sang.

L'auteur du mémoire n° 1, déployant la plus vaste érudition, est celui qui a le plus largement traité la question, mais aussi celui qui a le plus risqué d'hypothèses. Le rapporteur, après avoir rapidement signalé les lacunes que présentent ces divers mémoires, conclut à accorder une mention honorable et le titre de membre correspondant à chacun des auteurs des mémoires n° 1 et 2. La société adopte cette conclusion, et proclame en conséquence, comme membres correspondants, *M. le docteur C. Rœsch*, médecin à Schœningen, royaume de Wurtemberg (auteur du mémoire n° 1), et *M. le docteur Arloing*, médecin à Nevers, département de la Nièvre (auteur du mémoire n° 2).

La question de 1836 est retirée du concours. Un prix de la valeur de 300 fr. sera décernée, dans la séance publique de 1837, à l'auteur du mémoire qui résoudra le mieux la question suivante :

« Déterminer, d'après l'examen et le rapprochement des faits empruntés à l'anatomie comparée, aux expériences physiologiques, et surtout à l'anatomie pathologique de l'homme, ce qu'il y a de positif dans la localisation des fonctions cérébrales. »

Pareil prix sera décerné, en 1838, pour la solution de la question suivante :

« Déterminer en vertu de quelles lois s'opère, dans l'organisme vivant, la production des gaz. Examiner la composition diverse de ces gaz, et les rapports qui peuvent exister entre la nature et les circonstances sous l'influence desquelles ils se forment. Exposer en particulier l'étiologie de la tympanite, et en déduire, s'il y a lieu, les conséquences relatives à la thérapeutique de cette maladie. »

Chaque année, dans sa séance publique, la société décerne, en outre, des médailles d'or et d'argent aux médecins qui ont traité un ou plusieurs points importants d'hygiène ou de médecine. Une médaille d'encouragement a été donnée cette année à M. Guillon de Rauzan, membre correspondant; ce dernier titre et une mention honorable à M. Legendre, docteur médecin à Pauillac, auteur d'un mémoire sur l'endurcissement du tissu cellulaire chez les nouveau-nés. Des médailles sont encore accordées aux médecins-vaccinateurs. MM. Bax, docteur médecin à Blaye, et M. Barbe, officier de santé à Bonnetan, ont été récompensés cette année (1).

Nécrologie. — Le baron Desgenettes, si célèbre par la conduite qu'il a tenue dans l'épisode terrible des pestiférés de Jaffa, et par l'expérience hardie qui releva le moral de l'armée d'Égypte aux prises avec la peste, est mort le 3 février, à l'âge d'environ 74 ans. Il était professeur à la faculté de médecine, membre de l'institut, médecin en chef de l'hôtel des Invalides, etc. Beaucoup d'esprit naturel, une instruction étendue et variée, d'excellentes qualités, étaient légèrement ternies, chez cet homme distingué, par

(1) Adresser les mémoires (*franco*) à M. Burguet, secrétaire-général, rue Fondaudège, 41, avant le 15 juin.

cette teinte de *volitarianisme* et ce défaut de saine philosophie qui ont gâté les meilleurs esprits de la génération qui s'éteint de nos jours.

VARIÉTÉS.

Association de prévoyance des médecins de Paris.—Service des bureaux de charité. — Magnétisme animal. — Grippe de Paris et de Londres.

ASSOCIATION DE PRÉVOYANCE DES MÉDECINS DE PARIS.

Compte-rendu de l'assemblée générale du dimanche 29 *janvier* 1837, *présenté par M. Gibert, secrétaire-général* (1).

MESSIEURS,

Nous n'avons à vous rendre compte aujourd'hui que de la gestion exercée depuis le 15 mai dernier, époque du réglement opéré en dernier lieu; désormais l'assemblée générale annuelle aura lieu en janvier, et vous aurez en un seul tableau le précis des dépenses et des recettes de l'année tout entière.

Il nous restait en caisse, au 15 mai 1836, une somme de 1086 fr. 12 c., à laquelle sont venues s'ajouter les recettes suivantes :

430 fr.	en cotisations.
400 fr.	en rentes.
202 fr.	en dons et admissions.
2118 fr. 12 c. — Total.	

(1) L'assemblée a voté l'impression et la distribution à tous les médecins de Paris, de ce compte-rendu. La *Revue* s'est empressée de satisfaire à ce vœu.

Sur cette somme nous avons dépensé :

635 fr. pour achat de rentes.

605 fr. en secours.

450 fr. pour allocation au trésorier.

140 fr. 40 c. en frais d'impression, circulaires, menus frais, etc.

1830 fr. 40 c., Total.

287 fr. 72 c., excédant des recettes sur les dépenses, qui restait en caisse au 31 décembre.

Nous possédons en outre 830 fr. de rentes 5 p. 100 sur l'état, représentant un capital de plus de 18,000 fr.; c'est ainsi, Messieurs, que malgré l'indifférence des temps, l'égoïsme de plusieurs, le mauvais vouloir de quelques-uns, nous avons jusqu'ici, grâce au zèle de notre président et à la gestion éclairée de la commission générale, réussi, à l'aide de bien faibles ressources, à maintenir l'ordre dans nos finances, à distribuer des secours aux plus malheureux, et à assurer l'avenir de notre association, en réalisant un capital inaliénable dont le revenu vient s'ajouter chaque année au produit de nos cotisations.

Notre règlement a subi récemment en assemblée générale diverses modifications qui n'ont fait qu'en épurer le texte et en améliorer l'esprit.

Ces modifications demandées par le comité de l'intérieur du conseil-d'état ont nécessité la réimpression d'une deuxième édition qui vous est distribuée. Si, ce nonobstant, le conseil-d'état réuni n'a pas jugé que la sanction royale dût être donnée à notre association, c'est qu'il a pensé que cette institution n'était pas au nombre de celles pour lesquelles une pareille autorisation est jugée nécessaire. Nous continuerons donc, comme par

le passé, notre marche libre et indépendante (1). Un point sur lequel une assez vive discussion a eu lieu a été celui qui fixe d'une manière précise les cas où les secours doivent être accordés. D'une part, le droit formel des sociétaires et de leurs proches a été proclamé, et de l'autre, on y a mis comme garantie les conditions prescrites par l'article 23, conditions dont l'appréciation rentre dans les attributions de la commission générale.

C'est, sans doute, pour mieux consacrer ce droit des sociétaires, que, malgré une opposition assez vive, la commission a jugé devoir accorder récemment un secours assez élevé à la veuve d'un sociétaire dont la demande n'était pas à l'abri de toute objection.

Sauf cette exception, nous n'avons eu, comme précédemment, à nous occuper que de demandes de personnes étrangères à l'association. Autant que nous l'a permis le montant du *sixième* du fonds affecté aux secours, nous avons secouru celles de ces personnes qui, se présentant avec un titre légal, étaient d'ailleurs dans les conditions d'âge, de misère, d'infirmité ou de maladie prescrites par le règlement. C'est ainsi que des veuves de médecin, un docteur en médecine paralytique, d'autres chargés d'ans et d'infirmités ont reçu de notre caisse quelque allègement à leur misère. Que faut-il penser, Messieurs, de ces confrères qui, jetant un regard de pitié sur ce qu'ils appellent *nos aumônes*, ne peuvent néanmoins se décider à accorder ce peu qu'on leur demande? Singulière philantropie que celle-là, et bien différente de la charité qui donne le peu qu'elle a

(1) On a fait observer, d'ailleurs, avec juste raison, que si aujourd'hui le conseil-d'état ne jugeait pas notre association d'*utilité publique*, il aurait dû considérer qu'en 1832 les médecins de Paris avaient été *utilisés*, consignés dans des postes, et évidemment employés à un service d'utilité commune.

du moins, si elle regrette de ne pouvoir faire davantage!

En ce moment même votre commission est nantie de deux demandes d'hommes de l'art estimables que la maladie seule a conduits à la misère : croyez-vous donc qu'il vaudrait mieux les laisser sans aucun secours (dans la crainte de forfaire à la dignité médicale) que de leur offrir au moins le peu de soulagement que nos ressources nous mettent à même d'apporter à leurs maux!

Du reste, Messieurs, nous l'avons déjà dit bien des fois et nous avons toujours cité des preuves à l'appui de cette assertion, nous n'accomplissons pas seulement une œuvre de bienfaisance et de secours mutuels, nous tentons, en outre, une œuvre de régénération et de moralité. Croyez-vous, par exemple, que notre censure n'ait pas eu quelque part à la dissolution rapide et irrémédiable d'une société *industrielle* à laquelle des médecins distingués s'étaient trop légèrement laissé affilier?

Continuons donc nos efforts, Messieurs, pour resserrer ces liens de confraternité et de mutualité qui nous unissent.

Comme l'a dit avec raison un spirituel écrivain :

« Le principe d'association bien conçu, sagement appliqué, n'est-il pas par excellence le principe de progrès, le principe de liberté comme celui de l'ordre, le mobile le plus énergique des intérêts généraux et particuliers, en même temps le frein le plus puissant de l'*égoïsme*? » cette plaie profonde de notre état social (1)!

---

(1) M. *Orfila* a été réélu président pour 1837, et M. *Fouquier* vice-président. — Les souscriptions sont reçues dans les bureaux de la Faculté ou chez M. *Aubin*, trésorier, rue Montholon, 28. — Le prix des cotisations annuelles est de 12 fr., au *minimum*; tout ce qui s'élève au-dessus de ce taux est considéré comme don.

Parmi les membres qui ont été *donateurs* cette année, nous cite-

Extrait d'un rapport sur le service médical des bureaux de charité de Paris (5e arrondissement), fait par M. le Dr PRATUS, en septembre 1836 (1).

« ..... Ce n'est point une statistique idéale que vous attendez, ni qu'aucun de nous voudrait vous présenter. Plus les chiffres paraissent prêter de puissance aux faits, plus ils doivent être posés avec scrupule : le mensonge des chiffres est le plus odieux de tous les mensonges ; l'art de les grouper, l'art le plus détestable que la mauvaise foi et le charlatanisme aient imaginé. La statistique paraît être aujourd'hui la base de toutes les sciences économiques : en politique, en administration, en commerce et en industrie, elle semble devoir présider à toutes les opérations qui exigent des vues d'ensemble, et cependant, quelle confiance aveugle oseroit-on raisonnablement lui accorder, quand on voit, chaque jour, sur les questions les plus simples, sortir de son application les conséquences les plus contradictoires ; en un mot, quand la statistique se réfute par la statistique : et encore nous ne parlons ici que des erreurs de bonne foi, des erreurs réciproques, imputables à l'imperfection des méthodes ou à l'insuffisance des moyens d'appréciation. Une bonne statistique, ou en d'autres termes, la vérité réduite en chiffres, par rapport à une masse de faits pure-

rons MM. Orfila, Fouquier, Chomel, Double, Adelon, Lebreton, Boyer, Duportail, Biett, Manry, Corby, etc.

(1) L'auteur de ce travail est un de ces médecins honorables et consciencieux dont la parole est d'autant plus précieuse à recueillir et à enregistrer, que, dans notre capitale, où surgissent de toute part l'intrigue et la bassesse, le nombre de ceux qui savent soutenir la dignité de notre profession devient tous les jours plus rare. (*N. du R.*)

ment matériels, ne peut s'obtenir qu'à des conditions extrêmement rigoureuses. Que sera-ce donc, s'il s'agit d'appliquer cette méthode si périlleuse à des faits produits, les uns par des causes permanentes, les autres par des causes accidentelles; ceux-ci par des causes isolées, ceux-là par des causes complexes se rattachant à la fois à des phénomènes physiques, à des phénomènes de l'ordre moral? C'est cependant sur des observations aussi délicates et aussi compliquées que repose nécessairement une statistique médicale consciencieuse. Sans doute, lorsque vous en avez adopté l'idée, vous n'avez pas envisagé les immenses difficultés dont elle est, pour ainsi dire, hérissée, parce que ces difficultés ne sont pas toutes absolues; elles tiennent à la position incomplète de vos médecins, à leur intervention vraiment éphémère et transitoire dans le traitement des malades; ils ne peuvent vous offrir que des observations passagères, que vous rendre compte de quelques incidents des souffrances du pauvre : c'est l'hôpital qui sait le reste; c'est à l'hôpital qu'il faut conclure et non pas dans les Bureaux de Bienfaisance.

» Vous savez, en effet, Messieurs, que l'indigent, aussitôt qu'il est atteint de quelque maladie d'un caractère grave, est dirigé sur les hôpitaux, lors même qu'il pourrait trouver une assistance suffisante dans les soins du Bureau. L'habitude et le préjugé le veulent ainsi. Si l'indigent doit revenir entre vos mains, ce n'est plus qu'à titre de convalescent. Les médecins des Bureaux de Bienfaisance n'ont donc pour clientelle ordinaire que la classe d'indigents que les hôpitaux ne voudraient pas recevoir, soit à cause du peu de gravité de leurs affections morbides, soit parce que ces affections sont passées à l'état chronique ou même devenues incurables. Notre rôle n'est ainsi, la plupart du temps, que celui d'administrateurs de looks, si l'on vient à

nos consultations, ce sera pour obtenir, à titre de prescription, quelques cartes de bouillon; quant à la médecine, la médecine dans toute son étendue, nous ne l'exerçons pas sur vos malades. Dans cette position toute secondaire, est-on bien fondé à venir nous demander : « Qu'avez-vous fait des pauvres malades du 5e arrondissement? Rendez-nous compte des maux qui les assiégent, des secours que vous leur avez portés; combien ont succombé sous telles ou telles influences; combien vous doivent leur guérison? » Nous ne pouvons vous parler que de la part incertaine qui nous a été laissée; nous ne pouvons vous lever qu'un coin du rideau, et certes, ce n'est pas sur des données aussi incomplètes, aussi fugitives qu'il faut asseoir une statistique demandée dans l'intérêt de la vérité.

» C'est ici le cas d'examiner un instant, Messieurs, si la division du service des malades, telle qu'elle existe entre les hôpitaux et les Bureaux de Bienfaisance, n'a pas cessé d'être en harmonie avec le progrès social, si l'amélioration matérielle et morale de la classe indigente ne réclame pas l'extension des secours à domicile. Il y a long-temps que cette question est agitée par les économistes sous le point de vue des voies et moyens, par les moralistes sous le point de vue du perfectionnement des mœurs du peuple. Dès 1816, nous la voyons soumise au conseil-général des hospices, dans un rapport spécial sur la nouvelle organisation des secours publics. Permettez-moi, Messieurs, de vous citer un passage de ce rapport, où sont indiquées sommairement, mais avec une grande justesse, les considérations élevées qui militent puissamment en faveur des secours à domicile.

» Ces secours sont peut-être la branche la plus importante » et la plus intéressante des secours publics. Les hôpitaux » ne doivent en être en quelque sorte que le supplément; ils

» sont nécessaires pour ceux qui se trouvent dans un dénû-
» ment absolu, sans parents, sans amis, sans aucun moyen
» personnel d'existence; mais à l'aide des secours à domicile,
» on peut diminuer considérablement le nombre de ceux
» qui demandent à y être admis, en les retenant dans le sein
» de leur famille. Il est plus satisfaisant pour le pauvre ma-
» lade ou infirme d'être assisté chez lui, et d'y recevoir les
» soins de sa femme, de ses enfants ou de ses parents, que
» de se voir pour ainsi dire isolé, en se trouvant placé dans
» un hôpital, au milieu d'individus qui ne lui tiennent par
» aucun lien, ni du sang ni de l'amitié.

» La morale publique ne peut que gagner à ce mode de
» secours qui tend à resserrer les liens de la famille et à ai-
» der des enfants à remplir un devoir que leur prescrit la
» nature. »

» Oui, Messieurs, il faut le reconnaître, le rôle des hôpi-
taux doit changer. Comme tant d'autres institutions, ils attendent une réforme; car, aujourd'hui, leur influence est démoralisante sur un grand nombre d'individus, funeste et souvent mortelle pour la portion la plus intéressante des malheureux dévoués à ce triste refuge. Qu'on ne nous accuse pas de dire qu'il faut fermer les portes des hôpitaux; nous le savons bien, notre civilisation, nos mœurs sont loin d'être arrivées à ce point, que tout être souffrant soit sûr de trouver dans son domicile même une assistance suffisante; mais déjà, la société a des moyens d'action assez considérables pour diminuer de jour en jour l'encombrement des hôpitaux, pour épargner la terreur de ce séjour à quiconque possède un abri convenable, est entouré d'une famille ou de quelques personnes charitables. Nous ne voulons pas disputer aux hôpitaux les services qu'ils ont rendus à la société; la science médicale leur doit les nombreuses observations dont son domaine s'est agrandi;

leurs amphithéâtres si richement pourvus ont fait faire d'immenses progrès aux connaissances anatomiques; la hardiesse et le nombre presqu'incroyable des opérations qui s'y pratiquent en font une école précieuse pour les jeunes médecins pressés de soumettre de brillantes théories au contrôle de l'expérience; cependant, si toutes les âmes honnêtes et douées de quelque sensibilité se révoltent à l'idée de l'hôpital, si ce mot, au lieu de sa signification douce et rassurante, est devenu une menace affreuse, s'il a pris place dans le vocabulaire des malédictions du peuple, si l'on voit tant de pauvres malades tomber en délire à l'aspect du brancard qui vient les transporter dans ces demeures redoutées, il faut reconnaître, ce me semble, que les hôpitaux ne répondent plus à leur destination, et qu'une aversion si profonde, si générale, doit être justifiée par de grands abus dans le régime de ces établissements. Nous ne voulons pas ici faire une enquête hors des bornes de notre mission; il nous suffit de vous rappeler les répugnances bien avérées du pauvre, répugnances qui ont pour elles l'autorité du vieil adage : *Vox populi, vox Dei.*

» Écoutez, d'autre part, les plaintes du moraliste. Quels désordres domestiques, quels malheurs souvent irréparables n'entraîne pas l'enlèvement d'un père, d'une mère, du milieu de leurs enfants, de leur humble ménage ! En le secourant à son domicile, le pauvre malade aurait pu, par sa présence, par la vue de ses souffrances, contenir les mauvais penchants des enfants, les préserver de toute contagion morale; occupés autour du lit de leur père, ils n'auraient songé qu'à porter quelqu'adoucissement à ses maux; visités par des personnes bienfaisantes, un juste éloge donné à leur piété filiale, de salutaires recommandations auraient échauffé chez eux le noble orgueil de bien faire, auraient donné une direction sérieuse à leurs pen-

sées; mais le père est à l'hôpital... et, dès ce moment, les liens de la famille sont relâchés, souvent brisés. Les enfants oublient leur père, ils ne s'inquiètent plus de lui porter secours; ils vont mendier pour eux-mêmes ou bien se livrer à tous les écarts de l'oisiveté, aux tentations du vice; heureux le pauvre malade, si à son retour il ne trouve sous son toit que le désordre et la misère; heureux si le déshonneur, si l'infamie n'y ont pas laissé l'empreinte impure de leur passage!

» Vous voyez, Messieurs, quels graves intérêts se rattachent au développement des secours à domicile; et, cependant, ce développement s'ajourne toujours.

» Long-temps on a élevé l'objection de la plus grande dépense qu'entraînerait le traitement des malades dans leur propre demeure; mais cette objection perd chaque jour de sa force, par les résultats qu'obtiennent les Bureaux de Bienfaisance. Il est facile de démontrer que dans la plupart des cas, le malade peut être traité à moins de frais à son domicile que dans les hôpitaux. Ces établissements auraient donc un intérêt évident à augmenter les subventions qu'ils fournissent aux Bureaux de Bienfaisance; ils verraient diminuer, dans une proportion considérable, les charges actuelles de leur service intérieur; tout serait concilié, le besoin de l'économie avec le soulagement véritable d'un plus grand nombre d'individus, les devoirs de l'humanité avec le soin de la morale publique. D'ailleurs, la part des hôpitaux sera toujours assez grande; on les verra suffisamment alimentés par cette portion nombreuse de la population, composée d'êtres entièrement isolés, qui n'ont à recevoir les soins de personne, qui n'ont qu'un domicile au jour le jour, qui mourraient infailliblement dans leur dénûment et leur solitude; pour ceux-là, l'hôpital est une nécessité, souvent une triste habitude qui leur en

rend le séjour plus supportable ; derrière eux rien ne souffre, rien n'est en danger ; pour eux l'hospice conserve son acception naturelle ; qu'ils trouvent une place dans ce refuge, et l'humanité sera satisfaite et la morale aura moins à regretter.

» En attendant qu'un avenir plus ou moins éloigné amène une réforme si désirable, vous pourriez facilement, Messieurs, opérer, à l'instant même, une amélioration notable dans le système actuel des secours à domicile. Il s'agirait d'augmenter les moyens d'action de vos médecins près des malades, en leur conférant la faculté de concourir par eux-mêmes à la distribution des secours alimentaires, des secours en linge, en chauffage et même en argent, s'il y avait lieu ; nous ne pouvons, sans doute, que rendre hommage au zèle, aux intentions si pures des honorables citoyens qui se dévouent à cette tâche pénible ; mais il est impossible de ne pas reconnaître que du moment où il s'agit d'un indigent malade, le médecin est bien plus à même de donner à ces secours la direction la plus utile et la plus prompte, de les appliquer à propos, de les faire tourner au soulagement des individus dont la position les réclame sans le moindre retard. La plus cruelle maladie du pauvre, c'est la misère : pour que le médecin puisse le guérir, il ne lui suffit pas de prescrire tels ou tels moyens prophylactiques ; son ordonnance est une lettre morte si ces moyens ne sont pas employés convenablement et appuyés de secours accessoires, sans lesquels leur effet serait paralysé. Combien de fois ne nous sommes-nous pas retirés avec un amer découragement du grabat d'un malade, à l'aspect du dénûment complet des choses les plus indispensables pour l'application des premiers remèdes : avant que le moindre secours matériel ait pu arriver à travers la filières des formalité administratives, souvent, malgré sa

répugnance profonde, le malade s'est laissé traîner à l'hôpital; souvent il a succombé au milieu de sa pénurie. Croyez-vous, Messieurs, que ce ne soit pas un sentiment bien pénible que l'impuissance où nous sommes de procurer un soulagement immédiat à de pareilles détresses; un spectacle bien déchirant que celui de voir mourir un malade, non parce que les secours de l'art lui manquent, mais parce que nous n'avons pu disposer, à l'instant même, d'un peu de feu pour ranimer sa chaleur vitale, d'un peu de linge pour étancher ses sueurs? et, si auprès de cet infortuné se débattent dans les angoisses de la faim une femme, des enfants, le médecin ne peut pas leur dire: Tenez, voici pour avoir du pain! Ah! Messieurs, notre mission est bien triste; mais ce n'est pas pour nous, c'est pour ces malheureux que nous vous proposons d'augmenter nos moyens d'action; puisque vous avez la généreuse volonté de les secourir, épargnez-leur cette amère dérision de secours tellement combinés, que l'un manque toujours à l'autre, tandis qu'ils devraient être indivisibles. Ne craignez pas d'augmenter notre responsabilité; vous la diminuerez au contraire en nous mettant à même d'y faire honneur. Quant à vous, Messieurs, votre zèle, votre dévouement seront toujours suffisamment occupés près des indigens non malades, et d'ailleurs, il vous restera encore cette haute surveillance qui fait que chacun est à son poste et que chaque chose arrive à sa destination. Nous n'hésitons pas à le dire; toutes les fois qu'il s'agit d'un indigent malade, le médecin est le seul juge compétent pour prononcer sur l'opportunité de tous les secours dont votre charité dispose. Ainsi, dans le nouvel ordre de choses que nous appelons de nos vœux, le malade dont l'état réclame un régime sévère, ne recevra pas, comme aujourd'hui, par une main plus charitable que prudente, des aliments qui

ne peuvent lui être que funestes : la classe la plus souffrante des indigents participera à une distribution rationnelle des secours qui lui manquent si souvent, parce qu'ils sont devenus une sorte de patrimoine pour tous les indigents inscrits indistinctement sur vos registres ; loin de moi de contester que tous ne soient dignes d'intérêt par leur position et leur bonne conduite ; cependant ils ne devraient pas, dans un système de charité bien entendu et surtout eu égard à l'insuffisance de vos moyens, jouir d'une sorte de privilége au détriment de souffrances plus vives. Tout indigent peut se réclamer de vous, mais l'indigent malade a le plus de droits à votre commisération ; c'est lorsque sa part est faite qu'on doit passer au degré inférieur de détresse. Cette part, nous le répétons, le médecin seul peut la faire avec discernement. S'il doit en résulter pour nous un surcroît de détails, nous serons loin de nous en plaindre ; nous demanderons même à vous rendre le compte le plus exact de notre gestion, et sous ce rapport particulier vous réaliserez une amélioration fort désirable pour la régularité de votre administration ; car je ne sais pas que, jusqu'à présent, les secours en nature soient soumis, comme les médicaments, à un contrôle spécial qui permette d'apprécier le plus ou moins d'utilité de leur emploi.

» Je voudrais aussi, dans l'intérêt des secours à domicile, que les malades ne pussent être dirigés sur les hôpitaux qu'autant que le médecin en aurait reconnu la nécessité ; il arrive, au contraire, qu'après deux ou trois visites rendues à un malade que nous pourrions très-bien soigner chez lui, nous apprenons qu'il a été conduit à l'hôpital d'après les avis peu éclairés des personnes qui l'entourent ; nous ne pouvons reconnaître qu'aux médecins le droit de prononcer sur un parti si grave ; seuls, ils peuvent décider si

tel ou tel malade doit abandonner son domicile pour le séjour de l'hôpital; seuls, ils peuvent combattre ces habitudes d'insouciance, d'égoïsme, qui tendent à conserver aux hôpitaux une clientelle trop nombreuse; il nous appartient d'imposer à des parents le devoir sacré de soigner celui qui partage leur toit et leur pain, celui qui concourait à l'entretien de la communauté et qui recouvrera bien plus vite, au milieu des siens, la force nécessaire pour reprendre son labeur.

» La prérogative que nous demandons est, comme vous le voyez, toute d'ordre et de moralité. Plus d'une fois déjà, nous avons éprouvé qu'il suffisait de l'autorité de notre parole pour rappeler à de meilleurs sentiments, à la pudeur de la famille, des individus tout près d'abandonner un vieux père, une femme, leurs enfants, à la fortune de l'hôpital. Un seul mot sévère les faisait rougir de l'oubli de leur devoir, et nous les voyions ensuite chercher à se réhabiliter dans notre estime par les soins qu'ils prodiguaient au malade.

» Je livre, Messieurs, ces observations à toute votre sagesse; si j'étais assez heureux pour faire passer dans vos esprits la conviction profonde qui me les a dictées, je me féliciterais bien plus d'un tel résultat, que si j'avais été à même de vous offrir la meilleure des statistiques. Je ne crains pas d'avancer que mes vœux sont partagés par l'immense majorité des médecins attachés aux Bureaux de Bienfaisance. Dans le but d'en amener le plus tôt possible l'accomplissement, nous avons reconnu la nécessité de réunir en un faisceau commun nos efforts et les lumières qu'une expérience plus ou moins longue nous a données. Vous avez pu être informés déjà des mesures préliminaires dont nous sollicitons l'adoption et qui tendent à constituer les médecins de bienfaisance en un corps régulièrement

organisé qui offre à la société toutes les garanties désirables. Nous avons demandé à concourir tant aux délibérations des Bureaux sur toutes les matières qui intéressent le service de santé, qu'à l'élection des nouveaux confrères à introduire dans nos rangs. Ces demandes vous prouvent toute l'importance que nous attachons à notre mission ; nous désirons, d'un côté, et il me semble à juste titre, ne pas rester étrangers à la discussion de mesures qui concernent notre spécialité ; d'un autre côté, n'est-il pas naturel, nécessaire même, que nous prenions part à la nomination de nos nouveaux confrères, que le médecin de votre choix réunisse notre suffrage au vôtre, afin que sa nomination soit justifiée sous tous les rapports. Il faut l'avouer, Messieurs, notre profession, le ministère élevé que nous exerçons, n'est pas resté, plus que les autres fonctions de l'intelligence et du savoir, à l'abri des invasions du charlatanisme et de la spéculation. L'honneur du corps médical n'était-il pas menacé tout récemment par je ne sais quelle Société commerciale *sanitaire*, exploitant en commandite la santé des citoyens sous le pavillon de la bienheureuse *Prime* toujours offerte à la cupidité et à la sottise ? Quelle n'a pas été notre indignation de voir cette entreprise étrange appuyer ses prospectus du patronage de noms honorables dans la science, ou qu'on voudrait honorer en raison de leur célébrité ! Dieu soit loué ! le bon sens public et un reste de pudeur ont fait avorter à l'instant même une conception si scandaleuse ; mais je vous le demande, Messieurs, n'auriez-vous pas craint de donner pour médecin à vos pauvres un des *commis* de la Société sanitaire ? Certes, le soin de notre propre considération nous aurait forcé de protester contre un tel choix, s'il eût été possible. C'est pour éviter dans d'autres circonstances des protestations toujours fâcheuses, que nous tenons à être représen-

tés dans l'élection de vos médecins, afin que nous puissions toujours répondre les uns des autres et que le titre de médecin de bienfaisance soit pour le pauvre la garantie d'un dévouement éclairé à l'adoucissement de ses maux. »

Grippe de Londres et de Paris.—Nous avons, des premiers, signalé à Paris l'invasion de l'épidémie catarrhale qui a fait tant de ravages en Angleterre, et nous en avons indiqué les principaux caractères (voir le numéro de janvier, à la page 159). Malgré la différence d'intensité et de gravité qu'offrait le mal observé à Londres et à Paris, nous n'avons pas hésité à en proclamer l'identité et à en constater la forme *épidémique*, alors que d'autres journaux n'osaient encore se prononcer d'une manière décisive (voir le numéro du 28 janvier de la *Gazette médicale* qui paraissait le même jour que la *Revue*, et dont par conséquent nous n'avions pu prendre aucune connaissance).

Nous croyons devoir reproduire ici l'article de la *Gazette* pour mieux préciser les faits.

« *Épidémies de Londres et de Paris.* — L'épidémie de Londres paraît avoir acquis un caractère de gravité qu'elle n'avait pas à son début : toutes les feuilles quotidiennes sont pleines de détails alarmants. Suivant le *Times* du 24, il serait mort jusqu'à 1,000 personnes dans un jour. Quelque exagérées qu'on suppose ces assertions, on ne peut s'empêcher de voir dans l'épidémie de Londres autre chose que la grippe que nous avons eue en 1831, et qui paraît nous revenir. En attendant que les journaux de médecine anglais nous aient apporté des renseignements détaillés sur les caractères pathologiques, la nature et le traitement de cette redoutable maladie, voici, sur ces différents points, les renseignements que nous avons pu nous procurer.

» La maladie débute par un mal de gorge accompagné de fièvre : l'affection envahit successivement la trachée-artère et les bronches ;

le malade éprouve des accès de toux et de suffocation; la fièvre augmente et devient très-forte; l'expectoration est difficile et visqueuse. Bientôt ces symptômes s'aggravent; il s'y joint une constriction spasmodique des parois thoraciques et le malade succombe en très-peu de jours ou entre en convalescence. Les rechutes paraissent fréquentes. A l'ouverture du cadavre, on trouve la muqueuse bronchique légèrement phlogosée et boursouflée jusqu'aux dernières ramifications bronchiques; elle est enduite d'une couche de mucosités tenaces. Les plèvres sont saines; les poumons sont sains aussi, mais quelquefois légèrement engoués. L'épidémie paraît s'être déclarée dans le commencement de janvier : elle a d'abord attaqué les vieillards de la classe aisée, puis indistinctement les personnes de tous les âges et de toutes les conditions. Elle s'est répandue avec rapidité dans les lieux où beaucoup de personnes se rassemblent, dans les prisons, les casernes, les fabriques, les théâtres, etc.

» L'effrayante mortalité qu'elle entraîne ne permet pas de croire qu'on ait jusqu'ici de bonnes méthodes pour la traiter. On dit cependant que les évacuations sanguines sont surtout pernicieuses, qu'elles tuent sur-le-champ. Les moyens dont on paraît s'être le mieux trouvé sont les boissons diaphorétiques très-chaudes et les purgatifs.

» Plusieurs journaux anglais affirment qu'il existe à Paris la même maladie qu'à Londres : jusqu'ici nous n'avons rien observé de semblable. L'affection qui commence à régner parmi nous est tout au plus l'analogue de la grippe de 1831, du moins sous le rapport de la gravité de ses symptômes.

» Un des membres de l'Académie de médecine a proposé de nommer une commission spéciale pour l'épidémie de Paris. Outre qu'une telle mesure serait capable de jeter l'alarme dans la population, elle n'aboutirait pas à grand'chose. S'il y a une épidémie dans Paris il suffira de quelques jours pour que tout le monde sache à quoi s'en tenir : les nombreux praticiens dont se compose l'Académie rendront bien compte, à la prochaine séance, de ce qu'ils auront vu, sans qu'il soit nécessaire de charger spécialement de cette mission tel ou tel membre. Une commission est utile quand tout le monde ne peut pas voir par soi-même, et quand les faits se passent

loin de l'observation de tous. Jusqu'ici l'affection régnante n'avait pas eu un caractère de généralité tel qu'on pût la regarder comme une épidémie; du moins aucun membre de l'Académie n'a fourni de renseignement qui puisse le faire croire. Depuis quelques jours seulement on parle d'un grand nombre de malades dans les pensionnats et dans les colléges : on cite un de ces établissements où 80 à 100 individus auraient été atteints dans l'espace de deux jours. La maladie serait la reproduction de la grippe de 1831 avec ses symptômes et sa bénignité. Nous attendrons des renseignements plus certains pour donner plus de développement à nos observations. »

S'il est vrai de dire que, sous le rapport de la bénignité, l'épidémie actuelle soit l'analogue de la grippe de 1831, cela n'est pas aussi exact sous le rapport des symptômes : ici, il y a bien, sauf la gravité (qui assurément n'est point un indice suffisant pour établir une différence de nature), analogie entre la grippe de Londres et celle de Paris, et différence entre l'épidémie actuelle et celle de 1831. Dans cette dernière, le catarrhe *laryngé* (enroûment, douleur à la gorge, étranglement) était le symptôme prédominant. Dans l'épidémie présente, c'est le catarrhe *bronchique*, auquel se joint presque constamment et avec lequel alterne parfois le catarrhe *nasal;* ce dernier s'observait rarement dans la grippe de 1831. Il est remarquable d'ailleurs que ce catarrhe s'accompagne de peu d'expectoration, qu'il se rapproche de la forme de ce que quelques auteurs ont appelé *catarrhe sec*, et que l'auscultation ne faitpoint entendre de *râle*. En outre, il y a assez souvent des indices de catarrhe *gastrique* (nausées, vomissements, dégoût profond pour les aliments, etc.); enfin, on observe chez quelques sujets des accidents nerveux plus ou moins graves et qui semblent le diminutif de ceux qui signalent l'épidémie de Londres : tels sont, des douleurs de tête atroces, des vertiges, des évanouissements, des étouffements, un sentiment de constriction spasmodique de la poitrine qui survient

souvent la nuit, menace de suffocation et effraie beaucoup les malades : il s'y joint fréquemment des efforts de vomissement. Un amaigrissement rapide, une altération profonde des traits de la face qui se *grippent*, avec teint pâle, yeux caves et cernés... signalent encore l'épidémie actuelle. Quant à la courbature et à l'affaiblissement général (qui persiste dans les premiers jours de la convalescence), ces phénomènes, qui ne sont nullement en proportion avec les accidents locaux, étaient très-prononcés aussi dans l'épidémie de 1831. Dans l'une comme dans l'autre, l'un des caractères généraux les plus remarquables, c'est le grand nombre des sujets affectés. Quand une fois la grippe entre dans une famille ou dans un établissement public, il est rare que tous les habitants de la maison ne soient pas successivement frappés; aussi a-t-on compté à Berlin jusqu'à 70 ou 80 mille malades en un jour, et je ne serais pas étonné, quand à Paris ce nombre aurait dépassé 100,000! Dans une maison de vieillards où l'on ne compte guère qu'une cinquantaine d'habitants de l'un et de l'autre sexe, nous avons visité *le même jour* une vingtaine de malades. Dans beaucoup de familles nous avons vu, en même temps, le père convalescent, la mère encore malade, les enfants tout récemment atteints, les domestiques plus ou moins affectés. Dans certains magasins, il s'est trouvé tel jour où près de la moitié des employés était hors de service.

On prétend que la saignée était nuisible en Angleterre, nous l'avons, au contraire, plus d'une fois pratiquée avec succès à Paris (1) : nous avons eu surtout beaucoup à nous

(1) C'est bien à tort, selon nous, qu'un journal de médecine, se faisant l'écho des journaux anglais, a prétendu que les émissions sanguines étaient funestes dans la *grippe* : cela n'est vrai que des saignées intempestives et non motivées par des indications précises.

louer de l'emploi des cataplasmes synapisés aux extrémités; les légers purgatifs se sont montrés aussi fort utiles dans la convalescence; mais chez beaucoup de malades, principalement dans les premiers temps de l'épidémie, il n'y a eu besoin, pour ainsi dire, de recourir à aucun traitement. C'est ainsi que, pris moi-même le lundi 16 janvier, en sortant de chez une malade, l'une des premières atteintes et qui, en état de rechute, était alitée depuis une dixaine de jours, j'eus tout le jour une toux des plus fatigantes, le soir, en me mettant au lit, du frisson, puis un léger mouvement fébrile avec courbature, enfin du rhume de cerveau et de poitrine. Un peu de diète, une tisane pectorale furent les seuls moyens que j'employai, et je ne cessai pas de me livrer à mes occupations habituelles; cependant, j'étais convalescent du mercredi au jeudi, et le lundi suivant il ne me restait plus qu'un peu de toux et un coryza qui persistèrent. Mais dans la même semaine, ma domestique, ma femme et mes trois enfants, dont un à la mamelle (1), furent successivement atteints de la maladie.

Un personnage connu (le chevalier *Acton*), dont la mort fut annoncée dans les journaux au moment où l'épidémie devenait de plus en plus générale (vers le 30 janvier), produisit à Paris quelque sensation. On nous a dit que, livré

On trouvera plus loin néanmoins un cas où les sangsues ont été nuisibles.

(1) Cet enfant était âgé de neuf mois: il fut assez incommodé par la continuation de l'allaitement pendant la maladie de sa mère. J'ai vu en ville un autre enfant, âgé de treize mois, fort et bien portant, qui fut sevré sitôt que sa nourrice offrit les premiers symptômes de la maladie. Cet enfant n'en eut pas moins la grippe, mais elle fut très-bénigne. Ces faits et quelques autres encore m'autorisent à rejeter l'assertion qui tendrait à faire croire que les enfants en bas-âge ont échappé à l'épidémie.

aux jongleries *homœopathiques*, le malade, atteint d'abord d'une grippe qui ne paraissait pas dangereuse, ne fut mis aux mains d'un médecin éclairé qu'au moment où une pneumonie, à marche insidieuse, s'était déjà développée de manière à rendre toute chance de salut impossible; c'était à peu près la seule victime notable dont on pût accuser le fléau à cette époque, si, tant est qu'il ne fallût pas en accuser plutôt l'inertie ou l'ignorance de l'*homœopathie* (1).

L'article que j'insérais, il y a quelques mois, dans le *Dictionnaire de médecine usuelle et domestique* (livre dont nous avons eu plus d'une occasion déjà d'entretenir nos lecteurs), étant devenu aujourd'hui un article de circonstance, on me permettra sans doute de le reproduire ici, à cause de son peu d'étendue.

« Le nom de Grippe a été fréquemment donné aux grandes épidémies catarrhales qui ont, à plusieurs reprises, parcouru l'Europe. La plus récente a régné à Paris, au printemps de l'an 1831, et, dans cette ville, comme dans diverses autres contrées, elle a préludé à l'invasion d'une épidémie bien autrement grave, le *choléra asiatique*, qui s'est montré dans la capitale au printemps de l'année suivante.

» Déjà même avant l'époque indiquée, on observait un grand nombre de coqueluches chez les enfants, et de toux convulsive chez les adultes, qui n'étaient peut-être pas étrangères à l'épidémie actuelle. A cette occasion, je citerai un fait que j'ai observé au commencement de cette même année 1831, et qui peut être rapproché de ceux que quelques observateurs ont recueillis, comme pouvant servir à appuyer l'opinion de la contagion *éventuelle* de la coqueluche. Dans une famille à laquelle je donnais des soins, un enfant de 5 à 6 ans fut d'abord pris de coqueluche légère; environ quinze jours après, un second enfant âgé de 4 ans fut atteint d'une

(1) Nous dirons plus loin néanmoins que, chez quelques sujets mal disposés, la *grippe* se convertit en catarrhe suffoquant ou en pneumonie par engouement.

coqueluche beaucoup plus grave et qui a laissé à sa suite une toux catarrhale qui dura long-temps; peu de temps après, un troisième enfant âgé de 12 à 14 mois fut aussi pris de coqueluche; enfin le père, adulte âgé de 36 ans, contracta lui-même la maladie. Celle-ci présenta chez lui une physionomie toute particulière. Il est rare, comme on sait, que la *coqueluche* chez l'adulte offre une exacte ressemblance avec la coqueluche de l'enfance. Ce sujet, d'ailleurs d'une constitution vigoureuse et d'une excellente santé, était pris, tout d'un coup, soit le matin au lit, après un sommeil paisible, soit dans le jour, après une marche tranquille, soit dans la soirée, après un repas modéré, d'une toux avec sentiment de chatouillement au fond du gosier, étranglement, efforts passagers de vomissement (qui semblait causé par la présence d'un liquide clair et pituiteux rejeté avec peine) et, presqu'immédiatement, d'une difficulté de respirer qui simulait l'accès d'asthme le plus intense. Si le malade était au lit, il se mettait brusquement à son séant, puis quittait le lit, et se précipitait en chancelant vers la fenêtre pour humer de toutes ses forces l'air extérieur. Des efforts énormes et convulsifs d'*inspiration* avaient lieu; l'entrée de l'air semblait empêchée par le spasme de la glotte; la face devenait très-pâle, et l'état du malade était très-alarmant pendant une à deux minutes, après quoi tout rentrait dans l'ordre; quelquefois des demi-journées s'écoulaient sans qu'il se reproduisît de nouvelles quintes.

» On voit que les différences principales qu'offraient ces quintes et celles de la coqueluche ordinaire, étaient, outre leur peu de durée et de fréquence, l'absence du bruit particulier de l'inspiration, de l'expiration saccadée et convulsive qui vient ensuite, de la congestion violacée du visage qui l'accompagne et qui annonce un état d'asphyxie imminente, enfin des vomissements qui terminent ordinairement la scène; en sorte, je le répète, que chez l'adulte dont je parle, la quinte simulait plutôt un accès d'*asthme nerveux* qu'une véritable quinte de coqueluche.

» Après avoir été frappé de la fréquence et de la durée de ces toux convulsives ou catarrhales, je commençai à croire à l'existence d'une véritable épidémie, au mois d'avril, lorsque, près d'un mois après avoir observé une *laryngite catarrhale* fort intense, avec malaise et fièvre, je vis se reproduire çà et là plusieurs exemples de

catarrhes laryngés et pulmonaires (*rhumes*) ayant une physionomie tout-à-fait analogue les uns aux autres ; en effet, l'existence de l'épidémie ne tarda pas à être signalée de toute part.

» Les nombreuses variations atmosphériques que nous avions subies depuis l'été précédent expliquaient assez bien le développement d'une épidémie catarrhale, laquelle heureusement ne revêtit point le caractère de gravité de la *grippe* de 1803. Il paraît que dans celle-ci, non-seulement aux catarrhes des voies aériennes s'ajoutait souvent un catarrhe intestinal, mais encore il n'était pas rare de voir des pleurésies et des pneumonies venir aggraver singulièrement les accidents de l'épidémie catarrhale. Au dire de M. Récamier, médecin de l'Hôtel-Dieu depuis 1801, le catarrhe intestinal qui régnait concurremment avec le catarrhe pulmonaire, acquérait lui-même assez souvent un caractère de gravité tel que plusieurs malades qui succombèrent, tant à l'Hôtel-Dieu qu'à la Salpêtrière, présentèrent à l'autopsie ces ulcérations intestinales décrites antérieurement dans le traité de Rœderer et de Wagler, *De morbo mucoso*, ulcérations qui avaient cessé de se présenter dans les autopsies faites durant l'espace de temps intermédiaire à l'épidémie de *Goettinge* et à celle de Paris.

» Faut-il accuser l'observation des médecins de cette époque intermédiaire, ou croire, avec quelques praticiens recommandables, qu'en effet, le génie épidémique ayant changé, l'affection intestinale avait aussi cessé de se présenter ? C'est une question que je ne me permettrai pas de résoudre, mais qui ne me paraît pas devoir être traitée avec tant de légèreté et même de dédain, qu'affectent à cet égard quelques écrivains de nos jours.

» Dans l'épidémie catarrhale de 1831, les principales circonstances qui ont fixé mon attention, sont, 1° le mode d'invasion, 2° les phénomènes et la marche de la maladie, 3° son mode de terminaison, sa durée et l'influence qu'ont eue les moyens de traitement employés.

» 1° *Invasion et début.* — Une chose bien remarquable d'abord, c'est le grand nombre des sujets qui ont été atteints de l'épidémie, et la facilité avec laquelle elle a paru se propager dans les lieux où se trouvaient réunies beaucoup de personnes placées dans des circonstances analogues. Ainsi, dans les pensionnats, les ateliers, les

établissements publics, on a vu successivement et rapidement atteints de la *grippe* le quart, la moitié, les trois quarts même des individus qui habitaient ou fréquentaient ces établissements. Une de mes parentes s'est subitement sentie prise d'un malaise général en séjournant quelques heures dans un pensionnat où régnait la *grippe*, et le soir même une fièvre avec courbature l'a saisie. Dans beaucoup de familles on voyait successivement les domestiques, les enfants, les parents être plus ou moins vivement atteints de la maladie : ce n'est pas que je sois porté à penser que cette maladie ait été contagieuse, mais on conçoit très-bien qu'elle ait sévi de préférence sur les personnes qui respiraient le même air que les malades (1).

» Ordinairement, lorsque la *grippe* se développait avec toute l'intensité et l'acuité qu'elle pouvait atteindre dans l'épidémie dont il est question, son début était brusque et venait saisir les sujets qui en étaient frappés, au milieu d'un état de santé parfait. Des frissons, de la fièvre, un malaise général quelquefois très-grand, une courbature des plus marquées, des douleurs contusives dans les membres, du mal de tête, de l'insomnie, la perte d'appétit, tels étaient ordinairement les phénomènes qui marquaient le début du catarrhe épidémique. Dans un assez grand nombre de cas toutefois, on n'observait aucun de ces accidents, ou, s'ils existaient, ils étaient très-légers ; plus souvent encore quelques-uns d'entre eux se montraient, mais les malades étaient absolument sans fièvre.

» 2° *Phénomènes et marche de la maladie.* — Dans la plupart des cas, une *laryngite catarrhale* caractérisée par l'enrouement, la douleur au gosier, la toux, ouvrait la scène, et quelquefois on l'observait seule. Plus souvent il s'y joignait bientôt un catarrhe pulmonaire dont l'intensité variait beaucoup, mais qui offrait en général des quintes très-prononcées, séparées par des intervalles de repos, revenant surtout la nuit, et causant alors une insomnie très-pénible. La fièvre, lorsqu'elle existait, n'avait ordinairement

---

(1) L'épidémie actuelle a été bien plus générale encore que celle de 1831, et c'est avec raison qu'on a dit qu'il était devenu plus facile de compter les personnes restées saines que celles atteintes par la maladie.

qu'une courte durée, et cessait en un, deux ou trois jours; il n'en était pas de même de la bronchite catarrhale (ou rhume de poitrine) qui pouvait persister pendant plusieurs semaines et même plusieurs mois, avec des formes variées. Chez plusieurs sujets que j'ai observés, il n'y avait presque point d'expectoration, la toux était sèche, se rapprochant de la toux qu'on nomme *nerveuse*, ou accompagnée tout au plus d'une légère excrétion claire et mousseuse.

» 8° *Terminaisons et traitement.* — Chez presque aucun sujet la maladie n'a présenté de gravité, quelqu'intense qu'elle ait pu être d'ailleurs, et beaucoup même, parmi les individus qui en ont été atteints, n'ont pas cessé de sortir et de se livrer à leurs occupations habituelles. Dans les commencements de l'épidémie, je n'ai jamais vu affectée que la muqueuse des voies aériennes (*coryza*, *laryngite*, *bronchite*, ou rhume de cerveau, rhume de la gorge et enrouement, rhume de poitrine); mais, dès l'apparition des chaleurs de l'été, j'ai rencontré çà et là quelques exemples d'irritation *gastro-intestinale* (vomissements, coliques, dévoiements, dérangements digestifs) qui tendaient à compléter la ressemblance que l'on a trouvée entre la *grippe* de 1803 et l'épidémie actuelle.

» Quant au *traitement*, il rentrait dans celui des affections catarrhales ordinaires. La saignée, les sangsues ont quelquefois paru utiles pour combattre la *laryngite* ou la *bronchite*, qui avaient, chez quelques sujets, une apparence plus fortement inflammatoire que chez d'autres; les opiacés ont quelquefois été employés pour modérer la violence des quintes de toux se rapprochant de la forme *nerveuse*...; mais, en général, il a suffi de prescrire les boissons pectorales et adoucissantes, le lait, les pédiluves, comme légers dérivatifs; plusieurs individus même, qui n'étaient, à la vérité, que légèrement affectés, n'ayant obtenu aucun soulagement de l'emploi de ces moyens, ont négligé tout traitement, et ne s'en sont pas trouvés plus mal : le temps seul a suffi pour amener la guérison.

» Plusieurs épidémies catarrhales du genre de celles que nous désignons le plus communément sous le nom de *grippe*, ont régné en France au commencement du quinzième siècle, et ont été mentionnées en ces termes par les historiens du temps :

« Il y eut une maladie dont une infinité de personnes furent touchées, par laquelle on perdoit le boire, le manger et le dormir...;

ce que le malade mangeoit lui sembloit amer ou puant. Toujours trembloit, et avec ce, étoit si las et rompu de ses membres, que l'on ne l'osoit toucher en quelque part que ce fût; aussi étoit ce mal accompagné d'une forte toux qui tourmentoit son homme jour et nuit: laquelle maladie dura trois semaines entières, *sans qu'aucune personne en mourût*. Bien est vrai que, *par la véhémence de la toux*, plusieurs hommes se rompirent par les génitoires (c'est-à-dire, furent atteints de *descentes*), et plusieurs femmes grosses accouchèrent avant terme; et quand venoient à guérir, ils jettoient grande effusion de sang par la bouche, le nez et le fondement, sans qu'aucun médecin pût juger d'où procédoit ce mal, sinon d'une générale contagion de l'air, etc. » (1411. Auteur anonyme.)

« En icelui temps advint, par le plaisir de Dieu, qu'un mauvais air corrompu chût sur le monde, qui plus de cent mille personnes à Paris, mit en tel heur, qu'ils perdirent le boire et le manger et le reposer, et avoient très-fort fiebvre deux ou trois fois le jour, et espécialement toutes fois qu'ils mangeoient, et leur sembloient toutes choses quelxconques amères et très maulvaises: et avecque ce, qui pis étoit, on perdoit tout pouvoir de son corps, que on n'osoit toucher à soi de nulle part que ce fût, tant estoient grevés ceux qui de ce mal estoient atteints, et duroit bien sans cesser trois sepmaines ou plus; et commença à bon escient à l'entrée du mois de mars, et le nommoit-on le *tac* ou le *horion*. Avec tout le mal devant dit, on avoit *la toux* si fort, et la rhume, et l'*enroueure*, qu'on ne chantoit qui rien fût de haultes messes, à Paris. Mais, sur tous les maux, la toux étoit la plus cruelle à tous jour et nuit, qu'aucuns hommes par force de toussir estoient rompus (affectés de *descentes*), et aucunes femmes grosses qui n'estoient pas à terme orent leurs enfants sans compaignie de personnes, par force de toussir qu'il convenoit mourir à grant martyre, mère et enfant: et quand ce venoit sur la guarison, ils jettoient grand foison de sang bête (caillé) par la bouche, par le nez et par dessous, qui moult les ébahissoit, et néantmoins personne autre ne mouroit.... » (*Pasquier*, Mémoires, règnes de Charles VI et de Charles VII.)

» Une épidémie du même genre est signalée par Mézeray, au mois de mars 1414, à Paris. Elle reçut le nom de *coqueluche*, du bonnet dit coqueluche dont on se couvrait la tête.

» Enfin, en 1427, l'auteur cité plus haut (*Pasquier*) fait encore mention d'une épidémie catarrhale :

« Environ quinze jours (dit-il) avant la St-Remy, cheut un mauvais air corrompu dont une très maulvaise maladie advint, qu'on appeloit *la dando*, et n'estoit nul ne nulle qui aucunement ne s'en sentist dedans le temps qu'elle dura : est là manière comment elle prenoit. Elle commençoit ès rains, ès espaulles, et n'estoit nul, quand elle prenoit, qui ne cuidast avoir la gravelle, tant faisoit cruelle douleur. Et après ce venoient les assées (accès) et force frissons, et estoient ou bien huit, ou dix, ou quinze jours, que on ne povoit ne boire, ne manger, ne dormir, les ungs plus, les autres moins. Après ce venoit une toux si maulvaise à chacun, que, quant on estoit au sermon, on ne pouvoit entendre ce que le sermonneur disoit, par la grant noise des tousseurs, etc. »

» On voit que, dans toutes ces épidémies, se retrouvent les mêmes symptômes principaux (toux, souvent sèche et convulsive, causant l'insomnie, enrouements, inappétence, courbature), la même incertitude sur la source du mal, la même inefficacité des remèdes, et surtout la même tendance de l'affection catarrhale à se propager à un très-grand nombre d'individus. »

Pour en revenir à l'épidémie actuelle, nous voyons des symptômes fort analogues être presqu'insignifiants à Paris, et devenir mortels à Londres. L'autopsie elle-même vient confirmer le diagnostic porté pendant la vie, et n'offre d'autres traces que celles d'un catarrhe bronchique. Ne faut-il pas voir là, outre l'affection plus ou moins étendue et plus ou moins intense de la muqueuse des voies aériennes, une différence du *génie* épidémique, comme le disaient les grands observateurs des siècles qui ont précédé le nôtre ; différence dont la cause intime est un mystère, mais qui a tant d'influence sur les résultats, et imprime au traitement de si importantes modifications, encore que les symptômes locaux restent à peu près les mêmes.

La grippe a commencé, à Paris, par quelques cas isolés qui se sont montrés dès la première semaine de janvier, et

qui ont été observés dans les quartiers les plus aisés ou les plus salubres, notamment dans le faùbourg Saint-Honoré d'une part, et de l'autre, un peu plus tard, au collége d'Henri IV. Peu à peu l'épidémie a gagné les quartiers les plus populeux et les plus centraux, et, à la fin de janvier, elle était devenue tellement générale que les journaux politiques ont pu estimer (à la date du 5 février) que la moitié de la population de Paris en avait été atteinte.

Dans les premiers temps, comme nous l'avons dit, on ne rencontrait guère, en fait d'affection locale, que le *coryza* et la *bronchite* avec quelques phénomènes saburraux ; plus tard, l'estomac et l'intestin se sont affectés aussi, et l'on a vu des vomissements et des coliques survenir.

Au commencement de février, l'épidémie s'était propagée à beaucoup de provinces, et notamment dans celles qui avoisinent la Manche et l'Océan.

A la même époque, les nouvelles de l'Angleterre et de l'Irlande continuaient à être désastreuses. A Londres, les décès se multipliaient d'une manière effrayante ; à Dublin, la mortalité, au dire des journaux, était beaucoup plus forte qu'à l'époque du *choléra*, et l'on voyait des sujets succomber en un ou deux jours !

En Angleterre, l'épidémie paraît avoir débuté une semaine tout au plus avant l'apparition des cas isolés que nous avons signalés à Paris, c'est-à-dire dès la fin de décembre.

Vers le milieu de février, l'épidémie était arrivée à la période de décroissance, à Londres. A Paris, les cas de maladie paraissaient également un peu moins nombreux ; mais ils se montraient çà et là beaucoup plus graves (1). Plusieurs

(1) Les convalescences devenaient aussi plus lentes et plus difficiles. Chez beaucoup de personnes on a vu persister long-temps du malaise, de la faiblesse, de l'inappétence, de l'insomnie, avec des quintes de toux.

vieillards, plusieurs sujets catarrheux ou phthisiques avaient rapidement succombé à la maladie, qui prenait alors au bout de deux ou trois jours la forme de catarrhe suffocant, ou celle de pneumonie par engouement, ou même de pleuro-pneumonie franchement inflammatoire; aussi la mortalité avait-elle très-notablement augmenté dans la ville et dans les hôpitaux (1).

Le mal commençait à se répandre de plus en plus en France; les nouvelles de Rouen, d'Orléans, de Lyon, et même de Marseille et de Bordeaux, puis de Bourges, de Strasbourg, etc., annonçaient que la grippe s'était étendue dans toutes les directions.

Un malade, que j'ai vu pour la première fois le 14 février, mais qui était gravement atteint depuis le 9, me parut offrir un exemple de la forme *asphyxiante* de la grippe de Londres. C'était un homme âgé de 68 ans environ, mais vigoureux, bien constitué et habituellement bien portant. Il avait été obligé les trois nuits précédentes de rester levé,

(1) Dans la séance du 14 février, plusieurs membres de l'Académie ont donné des renseignements sur l'épidémie régnante; la plupart se sont accordés à reconnaître une aggravation de symptômes dus à la présence de *pneumonies*, que les uns ont regardée comme une complication, les autres comme une extension des phénomènes propres à l'épidémie. Quant au traitement, il a été reconnu aussi que le traitement anti-phlogistique ordinaire n'avait pas la même efficacité dans cette forme de pneumonie que dans les fluxions de poitrine ordinaires. On a été moins d'accord sur les bons effets de l'émétique à haute dose. *M. Récamier* a rappelé la gravité de la grippe de 1803, dans laquelle la maladie se propageait à l'intestin, et amenait la lésion des follicules, observée antérieurement par Rœderer et Wagler. Il a admis trois formes principales dans l'épidémie actuelle: la forme inflammatoire, la forme saburrale et bilieuse, et la forme nerveuse. — Suivant nous, on a également tort de rattacher à la maladie régnante toutes les affections qu'on observe actuellement, ou de les en séparer complètement. Sans doute on rencontre çà et là des angines, des inflammations de bas-ventre, et d'autres maladies qui ne sont point la *grippe*; mais ces affections, soit sous le rapport de l'intensité, de la tenacité, de certains phénomènes particuliers qui s'y joignent, de certaines modifications à apporter dans le traitement, sont évidemment influencées par l'épidémie régnante.

ne pouvant se mettre au lit sans être menacé de suffocation. La voix était éteinte, il y avait un sentiment de douleur et d'obstruction au larynx; la respiration était courte; et cependant, ni bruyante, ni trop gênée dans l'état de calme; de la toux avec un peu d'expectoration claire et légèrement visqueuse survenait de temps à autre. La face était pâle et amaigrie, les mains gonflées et un peu violacées, le pouls fréquent avec assez de développement et de résistance. Le malade s'était borné jusque-là aux boissons pectorales, aux bains de pieds, à la diète, aux potages. Je vis là une de ces inflammations graves de toute l'étendue de la muqueuse des voies aériennes qui ont été si meurtrières dans l'épidémie d'Angleterre, et, malgré la période déjà avancée du mal, malgré surtout le danger attaché, dans cette épidémie, à l'emploi des émissions sanguines, je ne crus pas pouvoir me dispenser de prescrire au moins une application de sangsues (15) à l'un des poignets. Un synapisme, un loock kermétisé, la diète absolue, furent en outre ordonnés. Le lendemain, le mal me parut beaucoup aggravé, quoique le malade se crût un peu mieux. La figure était plus altérée, la respiration plus courte, la gêne du larynx plus marquée, le pouls petit, faible et offrant des intermittences. Le cas me parut désespéré, et je craignis une mort très-prochaine.

(Vésicatoire au haut de la poitrine; synapismes aux poignets; caraplasmes émollients sur le cou; loock kermétisé; fumigations à l'eau de sureau; pédiluves.) — L'asphyxie pourrait s'expliquer, ce me semble, moins encore par l'obstruction de la glotte que par l'altération particulière de la muqueuse aérienne qui se dessèche et devient sans doute imperméable à l'air. Quoi qu'il en soit, j'eus la satisfaction, dans le cas particulier dont il s'agit, de ne pas voir se réaliser le pronostic fâcheux que j'avais porté

dès l'abord. Un peu d'amélioration commença à se manifester le troisième jour du traitement, l'expectoration s'établit, l'orthopnée devint moins prononcée, la voix revint un peu, la douleur et la gêne laryngées diminuèrent, le pouls se régularisa et se développa... Mais là s'arrêta l'amélioration obtenue, et le 26 février, dix-huitième jour de la maladie, l'affection paraissait avoir de la tendance à passer à l'état chronique, si ce n'est à s'aggraver de nouveau (1). L'épidémie, à cette époque, s'éteignait évidemment à Paris, ou du moins déclinait considérablement, tandis qu'elle se propageait de plus en plus dans tout le royaume. Je ne serais pas étonné quand plus des sept huitièmes des habitants de la capitale auraient souffert de la *grippe*, dans l'espace d'environ six semaines.

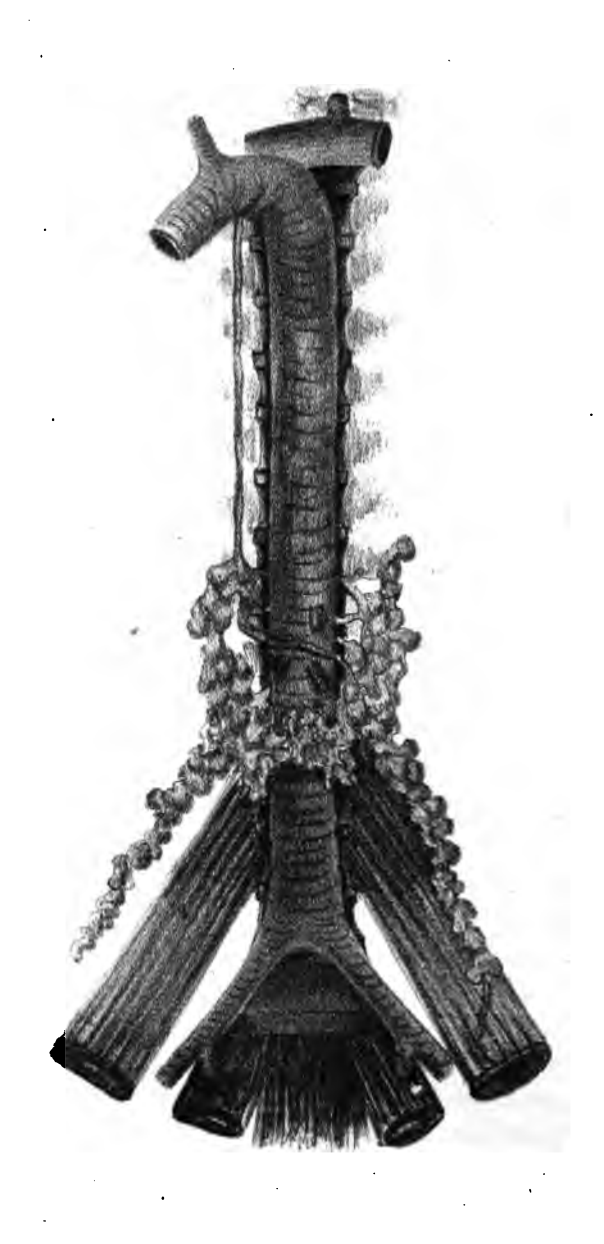
Magnétisme animal.—L'homœopathie a de nouveau donné l'éveil aux amateurs de jonglerie et aux coureurs de succès de salon. Le magnétisme s'est efforcé de faire encore un peu de bruit dans le monde. Un article soigneusement rédigé et publié par tous les journaux politiques, a répandu la nouvelle que, grâces aux merveilles du magnétisme, un dentiste, *membre de l'Académie royale de médecine*, avait réellement, et sans figure, arraché une dent SANS DOULEUR! L'Académie s'est émue et a interrogé le dentiste sur le fait; celui-ci, un peu confus de la publicité donnée à la chose, s'est débarrassé de la responsabilité médicale de l'observation, en la rejetant sur le médecin-magnétiseur, lequel, heureusement pour son repos, n'est pas membre de l'Académie. M. J. Cloquet est venu au secours de M. Oudet, en rappelant le fait chirurgical qui a eu aussi, il y a quelques années, les honneurs de la publicité mondaine. Renché-

(1) Peut-être pourrait-on soupçonner, dans ce cas, comme dans ceux plus aigus observés par M. le docteur Nonat, la formation de fausses membranes dans les ramifications des bronches.

rissant sur les circonstances connues de ce fait, M. J. Cloquet n'a pas craint d'affirmer que, non-seulement sa malade avait dormi pendant qu'on lui faisait l'amputation du sein, mais même qu'elle était morte le vingtième jour SANS S'ÊTRE RÉVEILLÉE! A cela M. Velpeau a très-bien répondu par le mot d'un homme d'esprit : « *Puisque vous dites l'avoir vu, je vous crois; si je l'avais vu moi-même, je ne le croirais pas.* » Plusieurs membres ont cité des exemples de l'habileté avec laquelle les somnambules magnétiques dupent les témoins qui assistent à leurs jongleries, et de l'adresse non moins grande avec laquelle les magnétiseurs esquivent les instances des personnes éclairées qui désireraient contrôler leurs expériences. Bref, malgré les efforts de M. Husson, qui a cherché à faire tête à l'orage, le magnétisme animal est resté bien et dûment atteint et convaincu de fourberie (1). Nos lecteurs trouveront quelque intérêt à relire, en cette occasion, l'examen critique des opérations de la commission académique chargée de suivre les expériences magnétiques, que nous avons publié dans les tomes I et II de l'an 1832 de la *Revue médicale*.

---

(1) Ainsi, M. Londe, témoin des expériences magnétiques qui avaient converti le naïf *Georget*, est venu déclarer que ces expériences n'avaient été que de véritables mystifications. Ainsi, M. Ségalas a donné à entendre qu'un somnambule *lucide*, cité par M. Husson, et qui lisait *sans y voir*, trouvait moyen d'entr'ouvrir les paupières et de mouvoir les yeux, pendant la durée de l'expérience, mais qu'il cessait de voir lorsqu'on lui appliquait les doigts sur les paupières. Ainsi, M. Rochoux a rappelé que la malade opérée par M. Cloquet avait prédit qu'on trouverait dans son foie je ne sais quelle altération qu'elle voyait de ses yeux *magnétiques*; mais l'autopsie vint démentir sa prédiction. Enfin, plusieurs membres ont cité des exemples d'opérations graves pratiquées sans que le sujet donnât le moindre signe de douleur..., tant est grand, chez certains individus, le pouvoir de la volonté! Tant il est facile d'expliquer par les lois ordinaires qui régissent le système nerveux (et notamment par l'état d'*extase*, comme l'a fait M. Bertrand) les phénomènes en apparence les plus miraculeux, dont les croyants font honneur au magnétisme!



Vaisseaux Lymphatiques Ovariques et Tubair

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

JOURNAL DES PROGRÈS

DE LA MÉDECINE HIPPOCRATIQUE.

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

MÉMOIRE

Sur la métro-péritonite puerpérale simple ou compliquée;

Par M. le Dr Nonat (Auguste),

Médecin du Bureau central des hôpitaux, etc., etc.

(Lu à la Société de médecine du département de la Seine, et imprimé par décision de cette Société (1).

INTRODUCTION.

Les maladies des nouvelles accouchées présentent un si haut degré d'intérêt, qu'à toutes les époques elles ont fixé l'attention des praticiens; aussi, que d'ouvrages publiés sur ce sujet! que de théories successivement admises pour l'interprétation des phénomènes! que de méthodes de traitement préconisées, non-seulement pour arrêter, mais encore pour prévenir les accidents qui en sont la suite! Je n'ai pas besoin de rappeler tous les auteurs qui s'en

(1) Voir le cahier de janvier de la *Revue*, pag. 48.

sont occupés; je ne pourrais que répéter ce que d'autres ont dit avant moi. Je vais me borner à jeter un coup-d'œil rapide sur les travaux relatifs au siége anatomique des maladies décrites sous le nom de *fièvre des femmes en couches.*

Pendant long-temps l'inflammation de la matrice joua un grand rôle dans la production des phénomènes morbides. Hippocrate en parle dans plusieurs parties de ses ouvrages, mais surtout dans le livre *de mulierum morbis.* L'opinion d'Hippocrate fut adoptée presque exclusivement par tous les médecins anciens, et entre autres par Galien, Celse, Paul d'Égine, Aétius, Avicenne; parmi les modernes, nous voyons Mauriceau, Marchettis, Sydenham, Fréd. Hoffmann, Boërhaave, Van-Swieten, partager le même avis. Willis s'éleva contre l'opinion des auteurs qui l'avaient précédé, il aperçut dans la fièvre des nouvelles accouchées quelque chose de spécial, et il adopta le nom de fièvre *puerpérale*, qu'Edward Strother lui avait déjà imposé dans son ouvrage intitulé : *Critic. feb. or a critical essay on fevers*, ch. IX, p. 212. 1718. Considérée successivement comme une fièvre inflammatoire, bilieuse, putride et maligne, suivant qu'elle s'accompagnait de tel ou tel groupe de symptômes, la fièvre des nouvelles accouchées rentre dans le cadre des fièvres régnantes. Plus tard, Leake, Hulme, l'ont regardée comme produite par une inflammation des intestins, de l'épiploon et du mésentère. Déjà Chomel avait entrevu l'inflammation du péritoine chez les femmes en couches; il en donna une observation en 1728. Johnston et Walter ont décrit l'inflammation du péritoine chez les nouvelles accouchées avec autant de précision qu'il était possible de le faire à

l'époque où ils s'en sont occupés. Pinel (Nosogr. philos. ordre des phlegmasies séreuses, 1[re] édit. 1796) avait entrevu la nature de la fièvre puerpérale; il la décrivit sous le nom d'entérite aiguë à la suite des couches. C'était un grand pas vers d'autres connaissances touchant le siége et la nature de la fièvre puerpérale. Bientôt après, Bichat, en traitant de la péritonite, y attacha d'une manière générale l'histoire de la fièvre puerpérale. De nouvelles observations vinrent confirmer les recherches de Bichat; cependant on n'avait point encore atteint le dernier terme du problême. La péritonite était insuffisante pour expliquer toutes les variétés qu'on observe, soit dans les symptômes, soit dans leur marche, soit dans leur mode de terminaison. En vain on invoquait les différences individuelles, une partie du problème était encore à résoudre. Vainement, à l'exemple du docteur Gardien, on cherchait à indiquer les nuances de la péritonite puerpérale, en ajoutant qu'elle se complique des différentes espèces de fièvres inflammatoire, gastrique, muqueuse, adynamique ou ataxique. On exprimait un fait patent, manifeste pour tous les bons observateurs, mais on n'en donnait pas une explication satisfaisante. Cependant, les distinctions établies par le docteur Gardien avaient une grande importance; elles pouvaient répandre une vive lumière sur la thérapeutique de la péritonite puerpérale; elles devaient susciter de nouvelles recherches. Clarke signale la présence du pus dans les veines de l'utérus à la suite des couches. Wilson, Chaussier, Ribes, Husson, aperçoivent et décrivent la même lésion. Depuis cette époque, l'inflammation des veines de l'utérus (phlébite utérine) joua un rôle dans les maladies des femme en

couches. Plus tard, Dance se livra à des recherches soutenues sur la phlébite utérine, et il publia, dans les *Archives de médecine*, deux mémoires intéressants, où il s'attache à prouver que l'inflammation des veines peut rendre compte des phénomènes adynamiques qui accompagnent quelquefois ce genre d'affection. On connaissait déjà de belles observations relatives à la phlébite qui succède, ou à la saignée, ou aux opérations chirurgicales. Hunter, Benj. Travers, Wilson, Sasse, Schwilgué, Hodgson et M. Breschet avaient publié leurs importantes recherches sur l'inflammation des veines et sur les accidents qui en sont la conséquence. Malgré ces travaux, plusieurs médecins distingués continuaient de regarder les maladies des opérés comme le résultat de la fièvre traumatique. Il en est ainsi des grandes vérités : elles rencontrent toujours de nombreux antagonistes, mais tôt ou tard elles finissent par s'établir.

La découverte de la phlébite exerça une grande influence sur la médecine ; elle ramena les esprits vers l'étude de l'altération des liquides, et elle permit de concevoir comment une lésion, d'abord locale, devenait ensuite générale ; l'analogie des phénomènes morbides conduisit à soupçonner que la phlébite pouvait bien n'être pas étrangère aux accidents des fièvres putrides, adynamiques, graves, typhoïdes (Breschet, Bouillaud, Dance.) Mais à quel point cette présomption était-elle exacte ? l'expérience seule était appelée à nous l'apprendre ; aussi, de nouvelles recherches furent entreprises. On ne se contenta plus d'examiner l'altération d'un organe, on analysa chacun de ses tissus ; en un mot, on vit l'anatomie pathologique marcher sur les traces de l'anatomie générale,

dont notre célèbre Bichat a jeté les fondements, et qui chaque jour fait de nouveaux progrès.

Le système vasculaire, devenu l'objet d'un examen spécial, nous dévoila des faits jusqu'alors inconnus. On ne tarda pas à découvrir dans les vaisseaux lymphatiques la même lésion qu'on avait signalée dans les veines. Wilson paraît être le premier qui indiqua l'inflammation des vaisseaux lymphatiques de l'utérus. Depuis lui plusieurs pathologistes ont décrit la même lésion. Désormeaux, MM. Velpeau, Tonnellé, Cruveilhier et Duplay en ont publié des observations très-intéressantes.

L'inflammation des veines et des vaisseaux lymphatiques de l'utérus ne saurait être révoquée en doute; elle coïncide souvent avec la métrite puerpérale, et elle lui imprime un cachet spécial. Je me borne à signaler cette coïncidence; plus loin j'essaierai de montrer comment elle peut nous expliquer la forme typhoïde de la métro-péritonite puerpérale

Il est une lésion sur laquelle Boer a le premier fixé l'attention des pathologistes allemands. Je veux parler de la putrescence ou gangrène spontanée de l'utérus. Il en a donné la description en 1812. Dans son excellent ouvrage qui a pour titre : Naturalis médic. obstetr., Boer s'applique à prouver que cette lésion est une maladie spéciale qu'on ne saurait regarder comme une terminaison de l'inflammation. Il pense également que la putrescence est distincte de la gangrène ordinaire. Ces deux genres de lésions ont, suivant Boer, des caractères qui ne permettent pas de les confondre. Plusieurs dissertations ont été soutenues sur le même sujet; mais la plus remarquable de toutes, c'est la thèse de M. le docteur Luroth. Je ne puis

à cette occasion passer sous silence l'excellente dissertation de M. le docteur Ant. Danyau.

J'ai constaté un grand nombre de fois la lésion décrite par Boer; mais ayant rencontré en même temps du pus dans les vaisseaux lymphatiques, je ne puis adopter l'opinion du savant pathologiste allemand. Je ne puis séparer le ramollissement de l'inflammation de l'utérus. Cet état m'a semblé coïncider le plus ordinairement avec l'inflammation des vaisseaux lymphatiques. C'est à cette dernière lésion que je crois devoir rattacher la forme typhoïde, adynamique de la maladie. Du moins, les choses se passent ainsi dans la grande majorité des cas. Je reviendrai plus loin sur cette importante question.

Quoique beaucoup de mémoires aient été publiés sur l'inflammation des vaisseaux de l'utérus, j'ai cru qu'il ne serait pas inutile de recueillir de nouveaux faits, et de les discuter. Tel est le but principal de ce mémoire.

Les faits que contient ce mémoire ont été observés à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Caillard, pendant l'épidémie qui, en 1831, frappa les nouvelles accouchées. L'obligeance avec laquelle M. Caillard m'a permis de me livrer à quelques essais relatifs au traitement de ce genre de maladie ne s'effacera jamais de mon souvenir. Je lui devais cet hommage public. Depuis plusieurs années, je poursuivais l'étude de l'inflammation des veines. Parmi les signes qui m'avaient semblé caractériser la phlébite, les frissons irréguliers occupaient le premier rang. Je retrouvai le même signe dans la phlébite utérine; mais plusieurs fois je fus étonné de le voir manquer. Je m'efforçai d'en découvrir la cause, et je ne tardai pas à m'apercevoir que j'avais souvent confondu l'inflammation des vaisseaux

lymphatiques avec celle des veines. Dès cette époque, j'appris à distinguer d'une manière précise ces deux lésions, et je m'appliquai à en établir le diagnostic différentiel. J'ai déjà abordé ce sujet dans ma dissertation inaugurale, en 1832, ainsi que dans plusieurs fragments que j'ai publiés dans la *Gazette des Hôpitaux*. Je vais maintenant réunir ces matériaux épars, je vais essayer de présenter l'histoire générale de la métrite puerpérale simple ou compliquée de lymphangite, de phlébite utérine et de péritonite, en me renfermant toutefois dans les faits qui se sont présentés à mon observation.

PREMIÈRE PARTIE.

PREMIER GROUPE DE FAITS.

Obs. I. — *Péritonite puerpérale. Ovarite et gastro-entérite consécutive.*

Berthaud, âgée de 22 ans, douée d'un tempérament sanguin lymphatique, d'une assez bonne constitution, entra à l'Hôtel-Dieu le 27 juillet 1831. Elle est accouchée à la Maternité; le travail fut naturel et les suites de couches ont bien été. Au bout de 7 jours ayant voulu sortir de l'hôpital, elle fut prise en rentrant chez elle d'un frisson intense qui dura une heure. Presqu'aussitôt elle ressentit une douleur dans la région hypogastrique, elle resta deux jours sans subir aucun traitement. Le 3e jour, la face est pâle, grippée, les conjonctives non injectées, la langue humide, blanchâtre, la soif vive, la bou-

che pâteuse, amère, le ventre tendu, douloureux au niveau de l'hypogastre; la matrice n'est plus sensible au-dessus du pubis; les lochies coulent en blanc; cuissons en urinant, constipation, pas de garde-robes depuis trois jours; la respiration est un peu gênée, rien à l'auscultation ni à la percussion. Pouls (100) petit, serré. Saignée de 4 palettes, bain, limonade gom., cataplasmes sur le ventre, diète.

Le 4ᵉ jour, le sang est couenneux, très-plastique.

Mêmes symptômes (saignée de trois palettes, reste idem.)

Le soir, le sang est couenneux, la douleur se limite dans la région iliaque gauche, elle est faible partout ailleurs.

Le 5ᵉ, même état (40 sangsues, bain, reste idem).

Le soir, ventre moins élevé, moins tendu, douleur circonscrite autour de la matrice, point de nausées, pouls 125, petit, serré, peau chaude (25 sangsues à l'hypogastre).

Le 6ᵉ, persistance de la douleur et de la fièvre (30 sangsues).

Le 7ᵉ, même état, constipation opiniâtre (lav. avec deux onces de miel de mercuriale).

Le 8ᵉ, trois selles après le lavement laxatif, soulagement, moins de douleurs dans le ventre; mais le pouls conserve sa fréquence, sa petitesse; la peau est chaude, âcre, la face exprime toujours la souffrance.

Le 9ᵉ, la malade a eu des coliques assez vives avec de la diarrhée; on prescrit deux lavements adoucissants.

Depuis le 10ᵉ jusqu'au 16ᵉ jour, la fièvre continua avec la même intensité, ainsi que le dévoiement; l'hypogastre

devint souple, indolent. On donna de l'eau de riz, gom., des lavements de son et d'amidon. Enfin, le 17ᵉ jour, la fièvre étant moins intense, la peau moins chaude, le pouls moins fréquent (110), on prescrivit une potion avec deux grains d'extrait aqueux d'opium et deux grains d'acétate de plomb. Dès le lendemain la malade était mieux, la diarrhée avait cessé; la peau était d'une chaleur douce, le pouls était descendu à 100, la langue humide, le ventre souple, indolent; on continua la même potion avec un grain d'extrait aqueux d'opium.

Le 19ᵉ, le mieux se soutient, le pouls est à 96, l'appétit commence à se faire sentir (deux bouillons).

Le 24ᵉ, le dévoiement reparaît avec la fièvre, et à dater de cette époque la malade s'affaiblit rapidement, elle succomba le 36ᵉ jour.

Nécropsie.

Épanchement de cinq à six onces de liquide jaunâtre, mêlé de flocons blancs dans la cavité de l'abdomen; fausses membranes molles récentes sur le péritoine. Ces fausses membranes étaient plus épaisses dans l'excavation du bassin que partout ailleurs. Les anses intestinales avaient contracté des adhérences entre elles. Le péritoine se détachait aisément de la couche musculeuse des intestins.

La matrice ne nous offrit aucune lésion. Les ovaires étaient tuméfiés et infiltrés de pus. Les vaisseaux lymphatiques et veineux ne nous ont présenté aucune altération.

Tube digestif. — La membrane muqueuse de l'estomac était pâle et ramollie, principalement dans le grand cul-de-sac.

Dans les intestins grêles la tunique interne était amincie, pâle, et commençait à se ramollir, mais aucune lésion des glandes de Peyer ou de Brumer.

Gros intestins. — Des ulcérations peu profondes, intéressant seulement la membrane muqueuse, étaient disséminées dans toute l'étendue des gros intestins, mais plus spécialement dans l'S iliaque du colon et dans le rectum. Autour de ces ulcérations il y avait un peu de rougeur et de boursouflement de la membrane muqueuse. La tunique musculeuse n'avait point subi de changement dans sa texture.

Les intestins renfermaient une grande quantité de liquides jaunâtres, bilieux et fétides.

Les ganglions mésentériques étaient sains.

Rien de particulier dans les autres organes que nous avons examinés avec le plus grand soin.

Réflexions. La péritonite développée neuf jours après l'accouchement a revêtu ici une forme franchement inflammatoire; la douleur abdominale était vive, superficielle, la face grippée, le pouls fréquent, petit, serré, dur; le tube digestif ne manifestait aucun signe d'altération; il y avait absence de phénomènes typhoïdes. Ces désordres fonctionnels furent combattus d'une manière énergique par les saignées générales et locales. Sous l'influence de ces moyens la maladie semble marcher vers la guérison; l'abdomen devient indolent; mais le pouls conserve sa fréquence, sa petitesse; ce défaut d'harmonie entre les symptômes locaux et les phénomènes sympathiques doit toujours inspirer de la défiance; souvent alors l'amélioration n'est qu'apparente. D'ailleurs, la sensibilité peut dimi-

nuer dans une partie enflammée, sans que le travail phlegmasique ait cessé. C'est précisément ce qui a eu lieu, du moins l'épanchement purulent que nous avons rencontré dans le péritoine nous paraît mettre ce fait hors de doute. La phlegmasie du péritoine a été sans aucun doute la maladie principale, mais nous pensons que le tube digestif a joué un rôle sècondaire très-important dans la production des phénomènes morbides.

En effet, à dater de l'époque où fut donné un lavement laxatif, la malade a presque toujours eu de la diarrhée, tandis qu'auparavant elle avait une constipation opiniâtre. Les opiacés ont triomphé momentanément de la diarrhée qui reparut bientôt après avec une nouvelle intensité et qui enfin résista aux moyens adoucissants et calmants. L'usage des laxatifs qui, dans les cas de péritonite simple, est souvent utile, nous paraît avoir produit de mauvais effets chez le malade dont l'histoire précède.

Obs. II. — *Métro-péritonite puerpérale. Pleuro-pneumonie. Diarrhée.*

Une conturière, âgée de 28 ans, douée d'un tempérament lymphatique, d'une faible constitution, entra à l'Hôtel-Dieu le 4 juin 1831. Devenue enceinte pour la deuxième fois, elle jouit d'une bonne santé pendant les quatre premiers mois de sa grossesse; mais dans les derniers mois, elle éprouva des souffrances presque continuelles, telles que maux de tête, inappétence, nausées, vomissements et diarrhée; elle touchait au terme de sa grossesse, lorsque le 8 mai dernier elle accoucha d'un

enfant qui déjà avait subi un commencement de putréfaction. Le travail n'offrit rien de particulier. Les lochies ont peu coulé, la révolution laiteuse fut incomplète ; la céphalalgie persista ainsi que le dévoiement.

Au bout de quinze jours, la malade se levait et commençait à reprendre ses occupations. Tout-à-coup apparaît un frisson violent, suivi d'une réaction fébrile et d'une douleur dans l'hypogastre ; on a combattu cet accident par les émissions sanguines, les boissons adoucissantes et les cataplasmes émollients.

Les symptômes continuant de s'aggraver, la malade vint réclamer des soins à l'hôpital.

Le 4 juin, pâleur générale, lèvres décolorées, face abattue, œil cerné et peu animé, céphalalgie intense, langue blanchâtre, humide, nausées, vomissements amers, ventre tendu, météorisé, endolori en bas, d'une chaleur âcre. Dans la région iliaque gauche nous avons senti une tumeur dure, rénitente, qui avait le volume du poing, et qui était douloureuse à la moindre pression. Nous crûmes sentir une espèce de fluctuation en cet endroit. La matrice faisait une légère saillie au-dessus du pubis ; les lochies étaient arrêtées ; coliques, dévoïement, respiration fréquente (45 par minute), sonoréité de la poitrine, expansion pulmonaire normale, pouls 130 redoublé, dépressible. (Bains, cataplasmes, lavement son et amidon, riz gom. sucré, diète.)

Le 5 et 6 juin, la douleur du ventre diminue ainsi que la diarrhée et les vomissements. L'engorgement de la fosse iliaque gauche est moins considérable. On insiste sur les adoucissants.

Le 7, exacerbation des symptômes, pouls fréquent, serré, redoublé, ventre plus endolori. (Saignée de deux palettes.) Le sang est presque transparent ; il laisse déposer un caillot très-mince et diffluent, non couenneux ; ce caillot nage au milieu d'un liquide séreux abondant.

Amélioration légère et fugace, le ventre devient moins douloureux, la physionomie se ranime un peu, mais le pouls conserve la même fréquence. (Bains, cat., reste idem.)

Le 8, au sortir du bain, la malade fut prise de frisson et d'une dyspnée plus grande.

A dater de cette époque, exacerbation marquée des accidents. Le pouls acquiert une fréquence prodigieuse, les traits s'affaissent, la peau reprend une chaleur âcre, sèche, le dévoiement redouble, les nausées reparaissent, le ventre cependant ne se tuméfie pas davantage. Malgré cette recrudescence du mouvement fébrile, la malade n'accuse de douleur dans aucune partie du corps, si ce n'est à la tête. Nous supposons qu'il se forme une suppuration dans la profondeur du bassin; nous explorons la poitrine, et nous n'y découvrons rien qui explique cet ensemble de symptômes.

Riz, gom. sucré, bouillon léger.

Les 9 et 10, rien de nouveau, absence de frissons, même prescription.

Le 11, la malade est couchée sur le côté gauche, sa respiration est fréquente, anxieuse; la réaction fébrile conserve la même intensité ; le ventre est souple, indolent ; selles liquides, involontaires. Nous examinons de nouveau la poitrine, et voici ce que nous avons trouvé :

Matité qui occupe la région postérieure du côté gauche,

souffle tubaire, bronchophonie, absence d'expansion pulmonaire et de râle crépitant. A droite, rien de particulier : il n'y a du reste ni toux, ni expectoration ; absence de douleur dans le côté gauche. (Vésicatoire large de six pouces sur le côté malade. Pect. gom. j. gom. bouillon léger.)

Le soir, un peu moins de dyspnée, d'ailleurs mêmes phénomènes.

Le 12, le vésicatoire a bien pris, la physionomie est moins profondément abattue, la respiration est moins fréquente, moins embarrassée qu'hier, mais la fièvre et la diarrhée persistent au même degré.

On entretient le vésicatoire.

Le soir, mêmes phénomènes, en outre égophonie très-distincte à gauche.

Le 13, plus mal ; respiration très-courte, absence d'expansion pulmonaire dans tout le côté gauche, pouls (138) dépressible.

Le soir, agonie.

Mort le 14 à 6 heures du matin.

Nécropsie, 26 heures après la mort.

Abdomen. — Au-dessus du détroit supérieur du bassin, le péritoine ne présente aucune lésion, sa surface est pâle, et n'est recouverte d'aucune exsudation membraniforme. Des fausses membranes établissent des adhérences entre les intestins grêles, la matrice et la vessie. Ces adhérences servent de limite à l'excavation du bassin. Un vaste foyer purulent remplissait le bassin. Ce foyer était

constitué par un liquide visqueux d'un blanc grisâtre, d'une odeur fade, Les parois de ce foyer étaient couvertes de fausses membranes. Au-dessous on trouvait le péritoine avec sa surface lisse et polie; le tissu cellulaire sous-péritonéal était sain. Les ovaires étaient tuméfiés, mais non infiltrés de pus. La matrice avait trois fois son volume ordinaire; ses parois étaient un peu ramollies, mais ses vaisseaux lymphatiques ou veineux étaient intacts.

Tube digestif. — Membrane muqueuse de l'estomac pâle, épaissie et un peu ramollie; elle se détache difficilement en lames.

Intestins, — Rien de particulier.

Rate, foie. — Sains.

Poitrine.—Adhérences récentes de la plèvre gauche; en arrière et du même côté épanchement de quelques onces de liquide chargé de flocons blanchâtres, fibrineux. A droite, la plèvre est jaune. Les poumons ne s'affaissent pas; ils sont denses et se précipitent au fond de l'eau; leur tissu est ramolli et se déchire aisément.

Le poumon gauche est infiltré de pus (hépatisation grise); l'autre est infiltré de sérosité sanguinolente. A peine si la huitième partie des poumons était dans l'état normal.

Système nerveux. — Rien de particulier.

Réflexions. Quand cette malade fut soumise à notre examen, elle avait une péritonite partielle et limitée dans le bassin. La tumeur que nous sentîmes au niveau de la région iliaque gauche était due à l'épanchement de pus que nous avons rencontré dans la cavité du bassin. Dès cette époque on ne pouvait plus recourir à de nouvelles émissions san-

guines : on s'en tint à une médecine expectante. Tout-à-coup la douleur abdominale augmente, la péritonite semble prendre un état plus aigu. Malgré l'affaiblissement de la malade, on lui fit une petite saignée qui ne produisit aucune amélioration. La fièvre et la douleur du ventre n'en ont pas moins persisté. Devait-on revenir à une nouvelle émission sanguine? Mais qu'on se rappelle les qualités du sang, et l'on comprendra que ce moyen eût été plus nuisible qu'utile. On insista sur les adoucissants et sur les bains. Enfin la malade contracte une pleuro-pneumonie; en même temps nous vîmes disparaître la douleur abdominale, et dans l'espace de quelques jours l'inflammation du poumon s'est terminée par une suppuration. Peut-on dire qu'il y a eu métastase ou transport de l'inflammation du péritoine sur la plèvre et sur le poumon? La disparition subite de la douleur abdominale à l'époque où ces deux organes se sont phlogosés semblerait l'indiquer. D'ailleurs, on sait qu'il n'est point rare de voir surgir une pleuro-pneumonie pendant le cours de la péritonite puerpérale, sans qu'il soit toujours possible de s'en rendre raison.

Remarquons enfin qu'ici, comme dans l'observation I, la péritonite s'est manifestée exempte de symptômes typhoïdes (1).

---

(1) Le défaut d'espace nous force de passer sous silence les observations qui suivent, dans lesquelles diverses complications (la *diarrhée*, l'*arthritis*, etc.), viennent se joindre à la métro-péritonite, pour arriver à la deuxième série de faits dans laquelle apparaissent les symptômes *typhoïdes* qui n'existaient point dans la première. Nous ferons plusieurs autres suppressions dans le cours de ce volu-

DEUXIÈME GROUPE DE FAITS.

OBS. VIII. — *Fièvre puerpérale typhoïde.*

Métro-péritonite compliquée de la suppuration des vaisseaux lymphatiques (lymphangite utérine.)

Une lingère âgée de 29 ans, douée d'une constitution lymphatique, entra à l'Hôtel-Dieu le 30 juin 1831. Elle venait d'accoucher d'un enfant à terme et bien portant. Le travail fut naturel. Dans la nuit du deuxième au troisième jour, elle eut un frisson très-intense qui dura une heure et demie; les lochies s'arrêtèrent, l'hypogastre s'endolorit et une réaction générale se développa.

Le premier jour, à la visite du matin, la malade ne put répondre à nos questions : elle était plongée dans un assoupissement profond; elle prenait les boissons qu'on lui donnait sans en témoigner le désir. Les yeux étaient abattus, enfoncés, les conjonctives injectées, les pupilles légèrement dilatées, mais sensibles à la lumière; les traits étaient immobiles, la langue sèche, les dents et les lèvres fuligineuses. Pendant la nuit, la malade a eu plusieurs vomissements de matières verdâtres, liquides, et cinq évacuations en dévoiement ; le ventre était tendu, douloureux, surtout en bas; la matrice s'élevait jusque près de l'ombilic; les lochies étaient presque nulles; la respiration costale; anxieuse (33 par minute), rien à l'aus-

mineux mémoire. Nos lecteurs en seront suffisamment avertis par les lacunes que présenteront les numéros des observations.

(*N. du R.*)

cultation ni à la percussion du côté du thorax. Le pouls était petit, faible (130); la peau chaude et sèche, les seins n'étaient point gonflés. (40 sangsues à l'hypogastre, bain, limonade, gom. sucrée, diète, cataplasmes.)

Le soir, un frisson reparut à la même heure qu'hier, mais avec moins d'intensité. Il ne dura qu'un quart d'heure.

Deuxième jour, léger trouble dans les idées, délire tranquille. Mussitation, réponses lentes et vagues; face profondément altérée, soubresaut des tendons. Du reste, mêmes symptômes. (Bain, cat., gom. sucrée.)

Le troisième, la prostration était augmentée, le ventre tendu, ballonné, mais presque indolent; le pouls dépressible (140), même prescription. (2 vésicatoires aux jambes.) *Absence de frissons.*

Le quatrième, l'haleine était fétide, la langue couverte d'un enduit fuligineux, la respiration très-difficile; le ventre ballonné, indolent; la diarrhée continuait, les vomissements avaient cessé. Les lochies nulles. Le pouls incommensurable, la peau était humide, mais visqueuse. (Même prescription.) *Absence de frisson.*

Le cinquième, agonie, œil terne, narines pincées, froid des extrémités.

Mort à 11 heures du soir.

Nécropsie.

Épanchement d'un liquide opaque, jaunâtre, puriforme, ayant une odeur nauséabonde, dans la cavité du péritoine, une pinte et demie environ. Fausses membranes récentes disséminées à la surface des intestins et

des autres viscères de l'abdomen, rougeur répandue par points et par plaques sur le péritoine.

La matrice dépassait le pubis de trois pouces; elle était baignée de tous côtés par du pus. Ses parois étaient amincies, molles, flasques et couvertes à l'extérieur de taches rougeâtres; sa cavité renfermait les débris de l'arrière-faix mêlés au résidu de l'exhalation lochiale. Ces débris formaient une couche brunâtre, fétide, demi-liquide, et tapissaient la surface interne de l'utérus. Les couches superficielles de cet organe étaient presque réduites en pulpe. Elles se détachaient facilement en les râclant avec l'ongle ou avec le manche d'un scalpel. Ce ramollissement pultacé pénétrait à une ligne et demie de profondeur. Le col de la matrice était noirâtre, pour ainsi dire, ecchymosé. La moitié inférieure de la matrice était infiltrée de pus et parsemée d'un grand nombre de vaisseaux injectés du même liquide, tandis que sa moitié supérieure ne nous offrit rien de semblable. Les ligaments larges étaient également infiltrés de pus, et traversés par de nombreux vaisseaux injectés d'une matière purulente. Ces vaisseaux avaient un volume plus ou moins considérable, ils étaient sinueux; leur surface interne était lisse, blanchâtre, leur forme arrondie. Un stylet mousse porté dans leur cavité nous permit de les poursuivre dans le parenchyme de la matrice. Ces vaisseaux accompagnaient les veines ovariques et se rendaient au nombre de cinq ou six de chaque côté, dans les ganglions lymphatiques lombaires. Ils offraient un renflement noueux de distance en distance, et ressemblaient aux vaisseaux lymphatiques; ils contenaient du pus bien lié, phlegmoneux; leur membrane interne était lisse, pâle et ramollie. Les ganglions

lombaires étaient eux-mêmes gonflés, gros comme une amande, jaunâtres, ramollis et infiltrés de pus.

Le tissu cellulaire sous-jacent au péritoine était infiltré de pus sur tout le trajet des vaisseaux lymphatiques. Cette infiltration purulente s'étendait à un pouce ou deux pouces de chaque côté des vaisseaux lymphatiques. On apercevait en outre une injection remarquable des vaisseaux sanguins au-dessous du péritoine, dans le voisinage des vaisseaux et des ganglions lymphatiques suppurés.

Un vaisseau lymphatique, parti de l'excavation du bassin et que nous vîmes tirer son origine de la partie postérieure du col de la matrice, gagnait l'apophyse sacro-iliaque, suivait la ligne médiane au devant de la colonne vertébrale. Ce vaisseau, gros comme une plume à écrire, était rempli de pus, et se continuait directement avec le canal thoracique qui lui-même renfermait un liquide purulent dans sa partie inférieure.

Les veines ovariques examinées dans tout leur trajet, poursuivies dans le parenchyme de l'utérus, nous ont paru exemptes de lésion.

Le système veineux renfermait du sang demi-fluide et semblable à de la gelée de groseilles trop cuite.

Tube digestif. — La membrane muqueuse était généralement pâle, sans lésion appréciable.

Foie, rate, sains.

Poitrine. — Les poumons étaient crépitants et ne nous offrirent aucun noyau d'engorgement, soit simple, soit suppuré. Les plèvres saines.

Système nerveux. — Rien de particulier.

Réflexions. Nous retrouvons ici à un degré plus haut que

dans les observations précédentes le caractère des affections dites typhoïdes. Ce caractère va se manifester à des degrés divers dans les observations suivantes. Nous avons vu avec quelle promptitude la malade a été jetée dans un état de stupeur et de prostration qui n'appartient pas à la métro-péritonite ordinaire, et qui ne se remarque que dans certaines épidémies de fièvres puerpérales. Malgré la faiblesse du pouls on a voulu dès le principe attaquer la métro-péritonite par une émission sanguine locale. Quarante sangsues furent appliquées sur le ventre; mais les symptômes s'étant aggravés sous l'influence de ce moyen, on ne dut pas y recourir de nouveau. Je ne pense pas qu'ici les partisans des saignées prétendent que l'ensemble des symptômes réclamait un emploi plus énergique des évacuations sanguines; car je constatai non-seulement dans ce cas, mais dans d'autres, que les saignées faites au milieu de semblables circonstances n'ont eu d'autres résultats que d'augmenter la prostration des malades et d'accélérer la mort. Il s'agirait de rechercher l'influence des diverses lésions organiques sur la marche des accidents; mais, comme nous ne pouvons arriver à la solution de ce problème qu'à l'aide d'une comparaison attentive d'un certain nombre de faits entre eux, j'aime mieux renvoyer ce sujet un peu plus loin.

Obs. IX. — *Métro-péritonite puerpérale, lymphangite utérine. Tartre stibié à haute dose.*

Une domestique, âgée de 23 ans, douée d'un tempérament sanguin, d'une constitution robuste, entra à l'Hô-

tel-Dieu le 6 août 1831. Elle accoucha d'un enfant à terme et bien constitué (c'était sa première grossesse); le travail ne dura que quelques heures et la délivrance s'effectua spontanément.

Le 7, léger mouvement de fièvre, sans douleur abdominale, sans dérangement des lochies.

Mauve miellée, 2, 7, 9, lavement émollient, cataplasme sur le ventre.

Le 8, frisson suivi de beaucoup de fièvre et de douleur dans la région hypogastrique.

A la visite du matin, le ventre est tendu, sensible à la moindre pression; matrice saillante au-dessus du pubis, les lochies coulent bien; diarrhée abondante, respiration pénible, langue humide, blanchâtre, face peu altérée, chaleur fébrile, pouls (120) petit, serré. (50 sangsues à l'hypogastre, bain, cataplasme, limonade citrique. J gom.) La malade est d'une indocilité extrême, on parvient avec peine à lui faire prendre quelques boissons, elle n'a pas voulu qu'on lui appliquât des sangsues.

Le soir, mêmes phénomènes; en outre la face est plus altérée, la respiration plus difficile; saignée de trois palettes.

Le 9, insomnie, agitation presque continuelle, face grippée, prostration générale, langue humide, blanchâtre, nausée, dévoiement, dix selles, ventre tendu, ballonné, douloureux, les lochies sont presque nulles, les seins affaissés, le pouls marque 150, petit, misérable; les symptômes s'aggravent de plus en plus. La mort paraissant inévitable, on prescrivit le tartre stibié à haute dose :

Pour infusion de tilleul et de feuilles d'orangers. 6 onc.

Tartre stibié. 4 gr.

Sirop diacode. demi-once.

Une cuillerée toutes les deux heures.

Des vomissements abondants ont suivi l'administration de chaque cuillerée de la potion. Le dévoiement n'a éprouvé aucun changement, et nous n'avons observé aucune amélioration dans l'ensemble des symptômes.

Le soir, les extrémités étaient froides, le pouls incommensurable, presqu'insensible, la respiration des plus pénibles, la langue était humide.

La malade est morte à 7 heures du soir.

Nécropsie 18 *heures après la mort.*

Rien de particulier à l'extérieur.

Abdomen. — Épanchement d'une pinte et demie de liquide séro-purulent, jaunâtre dans la cavité du péritoine. Fausses membranes sous forme de pellicules minces et transparentes sur les intestins, injection des vaisseaux sous-jacents au péritoine. La matrice dépassait le pubis de plusieurs pouces; ses parois avaient dix lignes d'épaisseur, elles étaient molles, flasques; sa cavité renfermait les débris de l'arrière-faix. Ces matières demi-liquides ne répandaient aucune odeur fétide, le col de l'utérus avait une couleur jaunâtre; incisé dans toute son étendue, il était infiltré de pus et parcouru de vaisseaux injectés de liquide purulent. Au-dessus du limbe du col, il n'existait point de pus, soit dans le tissu cellulaire, soit dans les vaisseaux.

Sur les côtés de la matrice et dans les ligaments larges plusieurs sinus vasculaires étaient remplis de pus; un examen superficiel les eût fait prendre pour de véritables abcès. Les vaisseaux lymphatiques qui accompagnent les veines ovariques étaient injectés de pus; leurs parois blanchâtres, minces, transparentes. Les ganglions lymphatiques placés près de la colonne vertébrale étaient tuméfiés, jaunâtres, et contenaient également une certaine quantité de pus, mais beaucoup moins que dans l'observation précédente.

Le canal thoracique était intact.

Les veines ovariques, hypogastriques, iliaques, caves etc., nous ont paru tout-à-fait saines.

Le sang qui la remplissait était demi-fluide, noirâtre.

Tube digestif. Foie. Rate. Poumons. Système nerveux.	Rien d'important comme dans l'observation qui précède.

Cette observation nous offre plusieurs points de contact avec celle qui précède sous le rapport des symptômes et des lésions; les mêmes remarques lui sont applicables. Toutefois, comme on avait affaire à un sujet robuste, on commença par employer les émissions sanguines; mais les phénomènes typhoïdes étant promptement survenus, on eut recours à la méthode perturbatrice, on donna le tartre stibié à haute dose. Cette méthode n'apporta aucun soulagement à la malade, qui succomba le troisième jour après l'invasion des premiers symptômes.

Obs. XIVe. — *Métro-péritonite puerpérale; lymphangite utérine.*

Niquet Louise, âgée de 22 ans, douée d'un tempérament lymphatique, d'une constitution affaiblie, entra à l'Hôtel-Dieu le 20 septembre 1831; elle accoucha le même jour d'un enfant bien conformé. Le travail marcha régulièrement.

Depuis six mois, cette jeune femme était en proie à une diarrhée presque continuelle; elle est parvenue avec peine au terme de sa grossesse.

Le premier jour se passe assez bien.

Le deuxième, sans que nous ayons pu en découvrir la cause, elle fut prise d'un frisson violent qui dura près de deux heures; en même temps, une douleur envahit l'hypogastre. Quand nous la vîmes, la matrice n'était point revenue sur elle-même; la plus légère pression excitait dans ce point beaucoup de douleur; les lochies coulaient abondantes, le ventre était ballonné, endolori; nausées, dévoiement; langue humide, respiration un peu gênée; peau chaude; pouls fréquent, petit, dépressible. (Trente sangsues à la vulve, cataplasmes sur le ventre, orge gommé, 2, 7, gom. diète.)

Aucun soulagement, le ventre se ballonne de plus en plus, la respiration s'embarrasse, la physionomie s'altère; en un mot, tous les phénomènes typhoïdes apparaissent, et la malade succombe le cinquième jour.

Nécropsie 26 heures après la mort; rigidité cadavérique.

Abdomen.—La quantité de liquide épanché dans le péritoine égalait environ deux pintes, la nature de ce liquide n'était point la même partout. Séro-purulent au-dessus du bassin, il prenait l'aspect du pus dans l'excavation pelvienne. Des fausses membranes récentes se remarquaient sur les anses intestinales, et les unissaient entre elles. Les vaisseaux sous-jacents au péritoine étaient injectés.

La matrice surmontait le pubis de trois ou quatre pouces, ses parois étaient molles, flasques. A l'intérieur, elle contenait les détritus de l'arrière-faix et de l'exhalation lochiale. Une pellicule jaunâtre et puriforme revêtait le lymbe du col utérin. Des incisions pratiquées dans divers sens nous ont démontré l'existence de vaisseaux injectés de pus dans toute l'étendue du col de la matrice; il y avait également infiltration purulente dans les mêmes points. Au-dessus du col, la matrice ne nous offrit aucune trace de pus.

Nous vîmes en outre des vaisseaux injectés de pus traverser les ligaments larges et se rendre dans les ganglions vertébraux, qui eux-mêmes étaient gonflés, ramollis et infiltrés de pus.

Le tube digestif renfermait une grande quantité de matières liquides jaunâtres; sa membrane muqueuse était généralement pâle, sans ramollissement, sans aucune lésion appréciable.

Le foie et la rate sains.

Les poumons n'offrent qu'un peu d'engouement en arrière.

Le cœur avait un volume normal, ses parois étaient flasques et se déchiraient facilement.

Le sang était fluide et d'une teinte louche.

Système nerveux, rien de particulier.

Dès le principe, la physionomie s'altère, le pouls se montre fréquent, dépressible; les forces sont bientôt anéanties; à cet ensemble de symptômes se joint une diarrhée intense. Quoique les lochies aient continué de couler abondantes, nous avons regardé cette malade comme menacée d'une mort prochaine; car les lochies n'éprouvent quelquefois aucun dérangement, alors que déjà la matrice et le péritoine sont le siége d'un travail inflammatoire, alors que les vaisseaux lymphatiques de l'utérus sont eux-mêmes phlogosés. Bornons-nous en ce moment à enregistrer ces faits, plus loin nous les discuterons. Toutes les observations qui précèdent se ressemblent sous ce point de vue, que toujours elles nous ont permis de constater pendant la vie les phénomènes que l'on rattache aux fièvres putrides, typhoïdes, et de retrouver après la mort les vaisseaux lymphatiques de l'utérus injectés d'une matière blanchâtre, opaque, semi-liquide, puriforme. Mais, me dira-t-on, comment distinguer les vaisseaux lymphatiques des veines au milieu même de la matrice? Ne peut-il pas arriver que les vaisseaux capillaires veineux soient enflammés, injectés de pus en même temps que les vaisseaux lymphatiques? Ces questions m'entraîneraient dans de longs détails, je les aborderai en temps et lieu.

Obs. XVe. — *Métro-péritonite puerpérale; lymphangite utérine.*

Bellot Marie-Jeanne, âgée de 36 ans, douée d'un tempérament sec, d'une constitution affaiblie par la misère et des privations de tout genre, entra à l'Hôtel-Dieu le 18 novembre 1831. Elle avait eu déjà huit enfants, et devenue enceinte pour la neuvième fois, elle arriva, non sans peine, au terme de sa grossesse.

Cependant, elle accoucha d'une manière assez prompte, et le travail n'a rien offert de particulier.

Le 19, les lochies coulent abondantes, mais l'utérus conserve son volume; il ne revient point sur lui-même. (Cataplasme sur le ventre, mauve miellée 2, 7, gom. diète.)

Le deuxième jour, frisson des plus intenses, réaction générale, douleur qui, partie de l'hypogastre, envahit le reste du ventre. Face animée, pommettes injectées, expression de souffrance peinte sur l'ensemble des traits, langue rouge, sèche, vomissements verdâtres, diarrhée, lochies continues, respiration anxieuse, costale, pouls fréquent (120), petit, dépressible (30 sangsues *ad vulvam*), injections adoucissantes dans le vagin, frictions mercurielles avec deux onces d'onguent napolitain double, bain, lavement émollient.

Le troisième jour, aucun soulagement, mêmes symptômes; en outre, la face porte l'empreinte d'une stupeur profonde, la langue est rouge, sèche, les lochies ont cessé, le ventre est toujours très-sensible à la moindre pression. (Même prescription, excepté les sangsues.)

Le quatrième jour, le ventre est à peine endolori; la malade se croit mieux, mais l'abdomen conserve sa tension, mais l'utérus reste volumineux; le pouls est fréquent (135), dépressible; mais la face s'altère davantage, mais la diarrhée continue abondante; en un mot, tous les phénomènes typhoïdes se montrent bien caractérisés : ces signes indiquent une lésion profonde du côté de la matrice.

Nous avons insisté sur les frictions mercurielles à haute dose.

Un grand nombre de vésicules ont apparu sur la paroi abdominale sous l'influence des frictions. Cette révulsion n'a produit aucun effet, et la malade a succombé le 24 octobre.

Nécropsie 30 *heures après la mort.*

Relâchement des membres, putréfaction commençante.

Dans l'abdomen, épanchement de 10 à 12 onces d'un liquide séro-purulent d'une teinte jaune, pellicule pseudo-membraneuse sur le péritoine. Point d'adhérences entre les circonvolutions intestinales.

Matrice. Non revenue sur elle-même, lisse à l'extérieur, baignée par le pus.

Sa surface interne est tapissée d'une espèce de fausse membrane, jaunâtre, imprégnée de pus, réduite à la consistance de pulpe et que l'on détache facilement avec le manche d'un scalpel. Au-dessous de cette couche pulpeuse, dont l'odeur est aigre, mais non gangréneuse, nous trouvons le tissu de l'utérus déjà un peu ramolli dans

une profondeur de quelques lignes. Il reprend ensuite sa consistance normale, sa teinte naturelle. Nous pratiquâmes des incisions dans divers sens, et nous découvrîmes une injection sanguine très-marquée vers le museau de tanche. Plusieurs vaisseaux qui parcourent le limbe du col de la matrice étaient injectés de pus épais et bien lié; au dessus du limbe du col utérin, nous ne trouvâmes aucun vaisseau injecté de pus.

Le tissu cellulaire qui entoure le col de la matrice, celui qui remplit les ligaments larges, étaient infiltrés d'un liquide purulent. Les nombreux vaisseaux qui traversent ces parties étaient également injectés de pus; ces vaisseaux prenaient des directions différentes, suivant qu'ils avaient pour origine la face postérieure de la matrice ou ses faces latérales et antérieure. Côtoyant la paroi latérale du bassin, les premiers allaient se jeter dans les ganglions situés au-devant des vertères lombaires.

Les derniers accompagnaient les veines ovariques, se réunissaient en quatre ou cinq troncs, et se rendaient dans les ganglions lymphatiques qui occupent les parties latérales de la colonne vertébrale.

Ces vaisseaux et les ganglions nombreux qui les reçoivent étaient injectés de pus, le tissu cellulaire ambiant et sous-séreux était lui-même infiltré d'un liquide purulent.

Le canal thoracique était vide, intact.

Les parois des vaisseaux lymphatiques étaient ramollies et se déchiraient avec facilité.

Tube digestif. Estomac rétréci et presque réduit au volume de l'intestin grêle, membrane muqueuse pâle et un peu ramollie.

Intestins grêles, d'un calibre moindre que dans l'état ordinaire, tunique interne pâle et amincie.

Poumons sains.

Système nerveux, idem.

Réflexions. Cette malade avait eu déjà huit enfants, ses couches avaient toujours été exemptes d'accidents. Son dernier accouchement ne fut pas moins facile que les précédents, malgré les privations qu'elle avait eu à souffrir pendant sa grossesse.

Après l'accouchement, l'utérus ne revint pas sur lui-même, il formait une tumeur volumineuse au-dessus du pubis. Ce phénomène doit toujours exciter des craintes touchant les suites de couches, car il est souvent le signe précurseur de graves accidents. Cette remarque est fort ancienne, elle a frappé de bonne heure ceux qui ont étudié les maladies des nouvelles accouchées. Nous avons déjà signalé ce fait dans quelques-unes des observations qui précèdent.

Aussi le lendemain nous n'avons point été surpris de trouver l'abdomen douloureux dans toute son étendue.

L'état de prostration dans lequel cette malade était tombée dès l'invasion des accidents, ne nous permit pas d'employer les émissions sanguines avec énergie; trente sangsues seulement ont été appliquées à la vulve. En même temps les frictions mercurielles ont été pratiquées sur la région abdominale. C'est dans des cas semblables qu'on dit avoir employé avec succès cette dernière médication. Eh bien, nous l'avouerons franchement; ces frictions n'ont produit aucune amélioration. Cependant nous les avons mises en usage au début des premiers symptômes,

avant que les vaisseaux lymphatiques fussent remplis de pus, avant que la péritonite eût donné naissance à un épanchement. Plus loin nous rapporterons des observations de péritonite puerpérale, traitée avec succès par les émissions sanguines et les frictions mercurielles.

Obs. XVIe. — *Métro-péritonite puerpérale; lymphangite utérine.*

Une brodeuse, âgée de 33 ans, douée d'un tempérament lymphatique, d'une constitution affaiblie par suite d'une mauvaise alimentation, entra à l'Hôtel-Dieu le 27 juin 1831. Quand nous la vîmes, le travail était peu avancé; il marcha très-lentement, les contractions de la matrice étaient faibles, enfin le 28 la malade était épuisée; comme le col de l'utérus était aminci et dilaté, et que la tête avait franchi le détroit supérieur du bassin, on a prescrit le seigle ergoté, 18 grains en deux doses. Ce moyen ranima les contractions de l'utérus, et l'accouchement s'est terminé quelques heures après; l'enfant était vivant, mais chétif et peu développé.

La délivrance ne s'opéra qu'au bout de quelques heures.

Le 28 se passe bien, la malade allaite son enfant (orge, gom. 2, 7, 9 soupe).

Le 29, mouvement fébrile peu intense, aucune douleur dans le ventre.

Le 30, les seins se gonflent, tout va bien.

Le 1er juillet, frisson, mouvement fébrile, ventre dou-

loureux, tendu, lochies arrêtées, dévoiement, respiration pénible, langue humide, blanchâtre (cataplasmes, 15 sangsues à l'hypogastre, bain).

Le 2, la face est altérée, le pouls fréquent, 135, petit, misérable; la diarrhée très-abondante, le ventre ballonné, tendu, moins endolori (même prescription).

Le soir, agonie.

Mort à deux heures du matin.

A l'autopsie nous avons trouvé un épanchement séro-purulent dans la cavité du péritoine et des fausses membranes qui unissaient les anses intestinales.

Du côté de la matrice, nous avons rencontré des lésions analogues à celles décrites dans les observations précédentes. Toutefois nous avons remarqué que les vaisseaux lymphatiques était injectés de pus dans le limbe du col de la matrice et autour des trompes de Fallope, mais qu'au-delà des ligaments larges ils ne renfermaient point de matière purulente. *Les ganglions vertébraux étaient sains.*

Les veines ovariques, examinées avec le plus grand soin, nous ont paru très-saines.

Rien de particulier dans d'autres organes.

Réflexions. On a beaucoup agité dans ces derniers temps la question de savoir si le seigle ergoté est utile pour hâter le travail de l'accouchement. On a dit que ce médicament excitait, il est vrai, les contractions de l'utérus, mais qu'il faisait périr le fœtus, et qu'il disposait la matrice à s'enflammer. C'est pour cela que quelques praticiens l'ont proscrit entièrement. Je ne veux point m'engager dans cette discussion : je ne possède pas un assez grand nombre de faits pour résoudre un problème aussi compliqué :

je me bornerai à remarquer que, chez la malade dont l'histoire vient d'être rapportée, on a donné dix-huit grains de seigle ergoté, et qu'au bout d'un temps fort limité, les contractions de la matrice se sont réveillées avec une nouvelle énergie, et que l'accouchement a été promptement terminé. L'enfant a vécu quoique chétif et peu développé. Jusqu'ici le seigle ergoté a produit de bons effets, jusqu'ici on peut s'applaudir de l'avoir mis en usage : mais deux jours après l'accouchement, l'abdomen s'endolorit et tous les symptômes d'une métro-péritonite grave se développent. Quel rôle a joué le seigle ergoté dans la production de ces accidents? Nous ne saurions le dire; car nous avons vu les mêmes accidents se développer à la suite de l'accouchement le plus facile, le plus heureux, et chez les femmes douées d'une bonne constitution.

Loin de moi la pensée d'attribuer au seigle ergoté des phénomènes qui probablement ne lui appartiennent pas; on se rappelle que l'accouchement a été long et que le seigle ergoté ne fut employé qu'à l'époque où les forces de la malade étaient épuisées. Ces dernières circonstances me semblent avoir contribué davantage à faire naître l'inflammation de l'utérus et de ses vaisseaux lymphatiques. Dernièrement en ville, chez une femme qui était en travail depuis deux jours, j'ai eu l'occasion d'administrer le seigle ergoté. Huit grains de cette substance en deux prises ont suffi pour ranimer les contractions de l'utérus; aucun accident ne s'en est suivi ni pour la mère ni pour l'enfant; j'ai été réellement émerveillé d'une action si prompte et si efficace.

OBS. XVIII. — *Métro-péritonite puerpérale, lymphangite utérine.*

Absence d'infiltration purulente, soit dans la matrice, soit autour des vaisseaux lymphatiques. Accouchement laborieux, antéversion de la matrice.

Bergeon (Louise), âgée de 36 ans, douée d'un tempérament bilieux, d'une constitution détériorée par la misère, avait eu déjà huit enfants.

Trois fois ses couches ont été difficiles, deux fois on fut obligé de terminer l'accouchement avec le forceps. Devenue enceinte pour la 9e fois, elle éprouvait depuis deux jours les douleurs de l'enfantement, quand le 27 septembre 1831, elle entra à l'Hôtel-Dieu. On reconnut à l'aide du toucher une antéversion de la matrice, et l'on sentit la tête du fœtus arrêtée derrière le pubis. La malade s'épuisait en vains efforts, elle était considérablement affaiblie. Si l'on ne parvenait à dégager la tête, l'accouchement ne pouvait s'effectuer, l'indication était urgente.

On tâcha d'abord de repousser la tête à l'aide du forceps. L'une des branches fut portée dans le vagin et jusque sur la tête, mais la deuxième branche ne pût être introduite à la même hauteur. Enfin on parvint à dégager la tête du fœtus avec une des branches du forceps dont on s'est servi en guise de levier : les contractions de la matrice s'étant ranimées, l'accouchement se termina spontanément. L'enfant vint au monde dans un état d'asphyxie complète. La délivrance ne se fit point long-temps attendre.

Le 28, quand nous vîmes la malade, elle était épuisée,

son ventre douloureux, ballonné; l'utérus remontait jusque près de l'ombilic, les lochies coulaient abondantes, le pouls était fréquent, petit, dépressible; la respiration anxieuse (limonade, gom., 2, 7, gom., cataplasme, lavement).

Le soir, le ventre est sensible à la moindre pression, le pouls 135, faible, dépressible; les lochies continuent; diarrhée, vomissement, face profondément abattue, extrémités froides.

Frictions mercurielles, bain, reste idem.

Le 29, de plus en plus mal; langue sèche, brunâtre; respiration costale et extrêmement difficile.

Le 30, agonie.

Morte le même jour à sept heures du soir.

Nécropsie 36 heures après la mort.

Abdomen. — Épanchement de vingt onces d'un liquide puriforme dans la cavité du péritoine, fausses membranes récentes sur les circonvolutions intestinales.

Matrice volumineuse, dépassant le pubis de trois pouces, parsemée à l'extérieur de taches jaunâtres et livides. La surface interne est tapissée par les débris de l'arrière-faix. Ramollissement pultacé des couches superficielles de la matrice; l'insertion du placenta n'offre rien de particulier. Injection sanguine dans l'épaisseur du col utérin; aucune trace de vaisseaux injectés de pus, aucune trace d'infiltration purulente. Mais le tissu cellulaire qui entoure le col de l'utérus, mais les ligaments larges nous ont présenté des vaisseaux lymphatiques injectés de pus; ces vaisseaux étaient plus ou moins gros. Après avoir dé-

crit de nombreuses sinuosités dans les ligaments larges, ils accompagnaient les veines ovariques, et allaient se jeter dans les ganglions vertébraux. Ces derniers étaient eux-mêmes remplis de pus, les mêmes lésions s'observaient de chaquee ôté.

Les veines ovariques, iliaques, etc., étaient saines.

Le vagin examiné avec soin ne nous a présenté aucune trace de déchirure ou de contusion.

Tube digestif. — L'estomac contenait un liquide verdâtre, bilieux; sa membrane muqueuse était pâle et légèrement ramollie.

Dans le reste du canal intestinal rien de particulier.

Foie, rate. Leur tissu se déchirait avec la plus grande facilité.

Dans le sommet de chaque poumon, nous avons aperçu les traces d'une ancienne cicatrice, du moins le froncement de la plèvre indiquait une cicatrice. Au-dessous de cette espèce de cicatrice, nous trouvâmes un tubercule gros comme une petite noix; il était enkysté, en partie ramolli, en partie à l'état cru. Le parenchyme pulmonaire était sain dans le reste de son étendue.

C'est pour la première fois que nous trouvons du pus dans les vaisseaux lymphatiques de l'utérus, sans en rencontrer dans les parois de cet organe. Suivant toutes les apparences, les tentatives que l'on a faites pour terminer l'accouchement, l'introduction des branches du forceps à plusieurs reprises, auront été la cause occasionnelle des accidents, d'où l'inflammation des vaisseaux lymphatiques, d'où leur suppuration, bien que les parois de la matrice et le tissu cellulaire ambiant ne renferment aucune trace de pus. Dira-t-on que les vaisseaux lympha-

tiques ont absorbé ce liquide dans les mailles du tissu cellulaire, dira-t-on qu'ils l'ont puisé dans la cavité du péritoine? Mais le tissu cellulaire n'en contenait aucune trace, mais les vaisseaux lymphatiques étaient placés dans la profondeur du bassin à une certaine distance du péritoine.

Obs. XIX. — *Métro-péritonite puerpérale, lymphangite utérine.*

Desjardins (Marie), âgée de 28 ans, lingère, douée d'un tempérament lymphatique, d'une constitution épuisée par la misère, entra à l'Hôtel-Dieu le 28 novembre 1831. Elle accoucha le même jour d'un enfant chétif et peu développé. Le travail ne nous a présenté aucune circonstance remarquable. L'accouchement était à peine terminé que la malade fut prise d'un frisson violent.

Au bout de deux heures nous la trouvâmes dans l'état suivant :

Face abattue, empreinte de stupeur; pommettes injectées, lèvres sèches, dents fuligineuses, langue sèche, brunâtre, soif très-vive, narines déjà obstruées par des mucosités sèches, ventre tendu, ballonné, douloureux; la matrice s'élevait jusqu'à l'ombilic; lochies abondantes, respiration déjà pénible, peau chaude, sèche, couverte de taches lenticulaires et purpuracées; pouls fréquent, ondulant, dépressible (saignée de deux palettes : défaillance qui ne permit d'obtenir qu'une palette de sang environ).

Quelques minutes après la saignée, déjections nom-

breuses et liquides (limonade, gom. 1, mauve, sirop de violettes, cataplasmes).

De plus en plus mal, les phénomènes typhoïdes se dessinent davantage. Léger trouble des idées pendant la nuit, diarrhée copieuse, nausées, vomissement, lipothymies fréquentes.

Le 29, face profondément altérée, respiration costale, pouls misérable (145), ventre plus ballonné, plus endolori; les taches purpuracées se sont agrandies, elles occupaient toute l'enveloppe tégumentaire (frictions mercurielles, reste idem).

Mort le même jour, à 3 heures du soir.

Nécropsie.

Rigidité des membres, vergétures disséminées sur le dos et sur toutes les parties déclives. Les taches purpuracées étaient presqu'entièrement effacées.

Épanchement d'un liquide séro-purulent dans la cavité du péritoine; point d'adhérences entre les circonvolutions intestinales. Légères fausses membranes sur le péritoine.

Matrice volumineuse non revenue sur elle-même. Ses parois étaient flasques, molles. A l'intérieur, détritus de l'arrière-faix et des lochies; au-dessous, le tissu de l'utérus était ramolli à sa superficie; toute la partie qui répond au limbe du col était infiltrée de pus et parsemée de vaisseaux injectés du même liquide. Tout le corps de la matrice avait au contraire une teinte grise, normale; les nombreux vaisseaux qui proviennent de l'insertion du placenta étaient oblitérés par des caillots sanguins; dans

aucun d'eux nous ne rencontrâmes ni pus ni matière analogue à du pus.

Les ligaments larges et le tissu cellulaire qui entoure le col de l'utérus étaient parcourus par des vaisseaux également remplis de pus. Au-delà des ligaments larges, les vaisseaux lymphatiques ne contenaient point de matière purulente. Les ganglions vertébraux étaient tuméfiés, mais non infiltrés de pus.

Rien de particulier dans les autres organes.

Voici un exemple remarquable de la fièvre puerpérale pétéchiale. Dès l'invasion des premiers symptômes, la face s'altéra profondément, des taches purpuracées, lenticulaires, se manifestèrent sur l'enveloppe cutanée.

Nous ne pourrions méconnaître la gravité de ces désordres fonctionnels, non à cause du développement des pétéchies, mais à cause des circonstances au milieu desquelles nous les vîmes apparaître. En effet, toutes les fois qu'elles surviennent pendant le cours d'une maladie aiguë, toutes les fois qu'elles accompagnent les fièvres désignées par les anciens sous le nom de putrides, les pétéchies sont d'un présage funeste, tandis que si elles se développent d'une manière spontanée, si elles constituent le phénomène prédominant de la maladie, les pétéchies se dissipent avec assez de rapidité. Devions-nous soupçonner autre chose qu'une inflammation de l'utérus et du péritoine, pour nous rendre compte de la gravité des symptômes? Devions-nous penser que les liquides étaient eux-mêmes altérés d'une manière primitive? Devions-nous rattacher la maladie à une lésion des liquides? Sans doute, dans l'état actuel de la science, il est difficile d'admettre qu'une inflammation de l'utérus et du péritoine donne naissance

à des accidents qui revêtent un caractère si grave dès leur début. Nous sommes forcé de reconnaître une autre lésion dans l'organisme; mais jusqu'à ce qu'on découvre l'altération primitive des liquides, nous pensons que ces phénomènes typhoïdes dépendent de la suppuration des vaisseaux lymphatiques et de l'infection purulente qui en est la conséquence.

Je sais que l'on me demandera pourquoi, dans toutes les observations précédentes, les symptômes n'ont pas revêtu un caractère aussi grave, pourquoi nous n'avons jamais aperçu de taches pétéchiales, bien que les altérations organiques fussent les mêmes, bien que nous ayions constamment rencontré du pus dans les vaisseaux lymphatiques. Je n'ai pas la prétention d'expliquer tout à l'aide des lésions anatomiques; l'inflammation des vaisseaux lymphatiques m'a paru exercer sur la marche de la métro-péritonite une influence particulière, j'ai cru devoir en tenir compte, mais je suis loin de penser que les individualités morbides n'aient aucune influence sur la marche des symptômes et sur leur terminaison. Si je soutenais cette opinion, j'aurais contre moi l'observation journalière, je tomberais dans une erreur grossière; l'histoire qui précède suffirait pour établir le contraire. Dans ce cas et dans tous ceux qui s'en rapprochent, les émissions sanguines doivent être proscrites, car elles ne font que diminuer les forces des malades, sans exercer sur la marche de l'inflammation du péritoine et de la matrice aucune influence; si l'adynamie n'est point factice, ici l'organisme est dès le principe réellement abattu, et toute médication débilitante est contr'indiquée. La malade, comme on se le rappelle, venait d'accoucher, lorsqu'elle

fut prise des premiers symptômes de la fièvre puerpérale ; nous la vîmes au début et déjà elle portait l'expression d'une grande prostration, déjà la peau était couverte de taches pétéchiales. Nous essayâmes d'enrayer la maladie par une saignée générale : à peine une palette de sang s'était écoulée, que la malade tomba dans une défaillance qui arrêta l'écoulement sanguin. Immédiatement après la saignée, elle eut d'abondantes déjections alvines d'une grande fétidité, et à dater de cette époque tous les symptômes des maladies typhoïdes, putrides, se sont caractérisés de plus en plus. Certes, il est impossible de ne point reconnaître autre chose qu'une inflammation de la matrice et du péritoine. Nous sommes forcés d'admettre une altération inconnue de l'organisme, et ici les anciens ont eu raison de repousser l'emploi des émissions sanguines.

(La suite au prochain numéro.)

MÉMOIRE

POSTHUME ET INÉDIT

Sur l'apoplexie du poumon ;

Par M. LÉVEILLÉ,

Docteur-médecin de Paris, médecin des prisons de la même ville (1).

Je me propose de résoudre cette question : « Lorsque » la mort survient en moins de quelques minutes, d'un

---

(1) Nous avons déja publié, dans le cahier d'avril 1836 de la *Revue médicale*, un mémoire posthume du même auteur sur l'*apoplexie cutanée*. Sans doute, la science a marché depuis l'époque où le tra-

» quart-d'heure, d'une ou de deux heures, sa cause ré» side-t-elle plutôt dans le crâne que dans la poitrine ? ».

Mon but est de prouver, par l'expérience et le raisonnement, que, dans des cas aussi subitement funestes, cette cause a son siége le plus ordinaire dans le thorax. Avant tout, il m'est indispensable de démontrer que le cerveau n'est pas seul susceptible de contracter la maladie que l'on désigne sous le nom d'*apoplexie*; que le poumon peut aussi en être frappé, et la mort s'en suivre avec une extrême promptitude. Si je parviens à ne laisser aucune incertitude sur l'existence d'une telle lésion des organes de la respiration, il demeurera constant que beaucoup de morts subites proviennent d'une cause qui agit immédiatement sur la poitrine. Je dois donc 1° fonder sur l'analogie et sur les faits la réalité des apoplexies pulmonaires; 2° exposer les causes de ces affections et leurs signes pathognomoniques; 3° faire précéder ma conclusion par quelques réflexions sur le pronostic et sur le traitement.

I. — Parmi les nombreuses définitions que les médecins ont données de l'apoplexie, on remarque celle de Sydenham : « Sommeil très-profond avec privation totale » du mouvement et du sentiment, la respiration se con-

vail de M. Léveillé sur l'apoplexie du poumon a été lu à l'Institut (5 avril 1816); sans doute les travaux de Laennec et des anatomo-pathologistes contemporains ont jeté un grand jour sur l'apoplexie du poumon et sur les ruptures du cœur ou de l'aorte considérées comme causes de certaines morts subites qu'on attribuait trop facilement jadis à un coup de sang ou à une *apoplexie foudroyante*. Néanmoins, le mémoire de M. Léveillé se distingue par une érudition choisie et un talent d'observation qui doivent encore aujourd'hui le faire apprécier par les praticiens. (*N. du R.*)

» servant difficile et stertoreuse (1). » M. Portal assure que cette dernière circonstance est le caractère de l'apoplexie vraie (2). L'action de la cause dont cette maladie est l'effet est si prompte et si rapide que l'on croit voir un animal, violemment frappé sur la tête, tomber à l'instant, ne donnant plus le moindre indice de mouvement et de sentiment. C'est ce mode d'invasion qu'Hippocrate a appelé *apoplexie* (3), mal qui n'exprime nullement la manière dont le cerveau est affecté. Cet organe peut l'être diversement : ou les fonctions cérébrales sont lésées primitivement par suite d'une cause inconnue que l'autopsie ne découvre pas, ou elles souffrent secondairement d'une compression quelconque. Toutes les fois qu'à l'ouverture du corps des personnes mortes subitement, on n'observe rien d'étranger dans le cerveau, qui était à n'en pas douter, le siége unique du mal, il est vraisemblable que la puissance nerveuse a été altérée ans sa propre source. Les phénomènes ont été ceux de la paralysie, survenue inopinément sans qu'on ait su à quoi l'attribuer. C'est ainsi que, d'après la lecture des auteurs anciens, rendue plus facile et plus correcte par l'exercice de la médecine, on reconnaît une identité contre l'apoplexie où la sydération et la paralysie.

Une maladie primitivement étrangère à l'encéphale peut causer l'apoplexie : sans parler de quelques affections du cou et de la face, c'est ce que prouvent les lé-

---

(1) « Somnus est profundissimus et omni modo sensus et motus » privatio, excepta respiratione, quam ægri habent difficilem cum » stertore. »

(2) Obs. sur la nat. et le trait. de l'apopl., deux. part., art. 1.

(3) De glandul. et libr. de flatib.

sions organiques du cœur et des poumons, ou même un simple désordre dans les fonctions de ces organes. Des émotions vives ont porté trop de sang à la tête, et la mort s'en est immédiatement suivie. C'est ce qu'on a appelé *apoplexie* : effet d'une action primitive sur le cœur et secondaire sur le cerveau. Deux historiens latins (1) nous apprennent que L. *Verus* succomba à ce qu'ils ont désigné par ces mots, *percussio, ictus sanguinis*. Depuis eux, le vulgaire adopte l'expression de *coup de sang*, comme synonyme d'apoplexie, parce qu'il voit toujours le même résultat, la perte du mouvement, du sentiment et de l'usage des facultés intellectuelles, avec respiration stertoreuse.

L'anatomie pathologique n'existait pas du temps d'Hippocrate ; et, pour cette raison, on n'a pu établir dans le principe de la médecine les distinctions qu'on a admises plus tard. On n'a reconnu d'apoplexie que cette affection subite du cerveau qui a été assimilée aux paralysies ; parce que son effet direct est l'immobilité et l'insensibilité des parties situées sous la dépendance immédiate de cet organe. A des époques très-postérieures, on s'est aperçu que ces derniers phénomènes se faisaient également observer quand une cause mécanique, telle que le sang, agissait tout-à-coup sur le cerveau en le comprimant ; d'où peut-être l'origine de la division de l'apoplexie en sanguine et en séreuse. Des praticiens parlent encore de cette seconde espèce que la saignée rend si funeste. Il est difficile de ne pas croire à son existence,

(1) Aurel. Victor. *In Marcum Antoninum*. Eutrope, *Hist. romana*, lib. VIII.

car il arrive quelquefois de ne trouver sous le crâne ni turgescence vasculaire, ni épanchement sanguin, mais seulement une sérosité plus ou moins abondante. Nous sommes éloignés d'imaginer que l'apoplexie provient de la présence de ce fluide, que nous considérons seulement comme un phénomène morbide et cadavérique. Nous pensons plutôt avec une sorte de fondement que l'encéphale a été primitivement lésé dans ses propriétés vitales.

En supposant qu'on se soit trompé sur l'acception véritable du mot *apoplexie*, pris pour synonyme de la paralysie du cerveau, toute erreur est bientôt dissipée lorsqu'on lit dans Hippocrate (1), Celse (2) et Arétée (3), qu'il y a des apoplexies partielles de la face, de la langue, d'un bras, d'une jambe, etc., maladies qui sont évidem-

---

(1) Si lingua ex improviso impotens fiat, aut aliqua corporis pars » syderata (ἢ ἀπόπληκτόν τι τοῦ σώματος).» Aph. 40, sect. 7.

« At vero distorsiones in facie, si nulli alii corporis parti com- » municent, cito sedantur aut sua sponte, aut ad necessitatem coac- » tæ, reliqui vero syderati fiunt (οἱ δ'ἄλλοι ἀπόπληκτοι).»Prædiction, lib. II.

« Quibus in vulnere corporis impotentia accidit, iiquidem febre » citra rigorem orta sani evadunt, alioqui dextra aut sinistra parte » syderantur (ἀποπληκτικοὶ γίνονται τὰ δεξιὰ ἢ τὰ ἀριστερά).»Coac. prænot., n° 477.

(2) « At resolutio nervorum frequens, ubique morbus est, ea, in- » terdum tota corpora, interdum partes infestat. Veteres autores » illud ἀποπληξίαν, hoc παράλυσιν nominaverunt, nunc utrumque » παράλυσιν nominari video.» (De medicin., lib. VIII, sect. XII.)

(3) « Apoplexia, paraplegia, paresis, paralysis, omnia genere ea- » dem sunt; aut enim motionis, aut tactus, aut utriusque defectus » est : interdum et mentis, interdum et reliquorum sensuum. Sed » apoplexia totius quidam corporis et sensus et mentis et motionis » resolutio est. » (De morbor. auctor. curat., lib. I, cap. 7.)

ment des paralysies, et que l'on ne connaît pas sous d'autre nom. Pourquoi un tel état ne serait-il pas particulier au poumon? Aurait-on tort de présumer une lésion primitive des fonctions des nerfs pneumo-gastriques, d'où s'ensuivrait une extinction des propriétés contractiles et sensibles du poumon, qui se laisserait pénétrer passivement de fluides séreux et sanguins, de même que le cerveau et son appareil vasculaire en circonstance semblable, caractérisée par ce qu'on nomme apoplexie séreuse? Ces deux cas se rencontrent réellement et sont fréquents chez les vieillards ou les personnes cachectiques peu âgées. On tient pour constant que l'encéphale est susceptible d'une compression subite provenant d'une turgescence des vaisseaux ou d'un épanchement sanguin qui suit leur rupture. De même le poumon peut être inondé de ce fluide encore contenu dans ses vaisseaux ou infiltré dans le tissu parenchymateux. Ces deux dispositions sont communes aux personnes jeunes, fortes et pléthoriques, qui peuvent guérir de la première, et qui succombent presque toujours à la seconde.

Sans altérer la doctrine d'Hippocrate, on dira donc que la lésion des fonctions cérébrales est à toutes les parties du corps ce que celle des fonctions de la huitième paire de nerfs est aux poumons, en ce qui concerne l'apoplexie séreuse des modernes. D'accord avec ceux-ci sur l'espèce qu'on appelle sanguine, on conviendra encore que la turgescence excessive des vaisseaux de l'encéphale ou que l'épanchement de sang sous le crâne sont à cet organe ce que les mêmes dispositions sont à la cavité du thorax et aux poumons. Si, de part et d'autre, l'anatomie pathologique offre les mêmes résultats, on ne

peut méconnaître une même cause qui produit des effets semblables, malgré le siége différent de la maladie. L'existence des apoplexies pulmonaires étant présumée possible par induction, il reste à la constater par des faits.

II. — Les apoplexies ou coups de sang pulmonaires sont simplement connus par un très-petit nombre d'observations isolées relatives à du sang amassé dans le tissu des organes de la respiration qui a causé des morts subites. Nulle part on ne trouve de faits rapprochés avec le dessein de fixer l'attention sur un cas pathologique aussi étrange. Baillou parle d'une *Leboingre* et d'une femme *Garnier* qui moururent inopinément et dont les poumons étaient très-affectés (1). Le même auteur ajoute qu'une maladie semblable a été décrite par Hippocrate. J'ai compulsé tous les passages indiqués sans rien reconnaître de ce que je cherchais (2). Sal. Diversus donne sous le titre de *Syncope cardiaque* deux exemples de morts subites (3) : l'un concerne une jeune fille de quatorze ans qui mourut tout d'un coup, chez laquelle on trouva un énorme caillot de sang dans les gros vaisseaux qui partent du cœur et s'y rendent; dans l'autre, il s'agit aussi d'une jeune fille qui mourut aussitôt après avoir soupé fort gaîment. Ce dernier cas n'est éclairé par aucun détail d'autopsie

(1) Oper. med., t. I, p. 88; t. II, p. 463.

(2) De morb., lib. II, *pulmo repletur*, *pulmo ad latus prolapsus*, lib. III, *lethargus*. Epidem., lib. II, *in Perinthum*, etc.

(3) *De curation. morb. ab ordinariis practicis non exhibitor*, cap. IV, p. 237, De affectib. particularib.

cadavérique. Ces deux histoires sont trop imparfaites pour se rattacher au sujet que je traite.

Mais, ce qui nous donne plus de lumières est cette assertion de Thom. Bartholin, qui dit s'être assuré plus d'une fois, par la dissection, que la cause des morts subites provenait d'une forte irruption du sang dans les poumons, et de sa stagnation dans ces organes (1). Un exemple bien remarquable d'un coup de sang à la peau et au poumon en même temps se présente dans une observation de Théophile Bonet, intitulée: *Suffocatio à crasso nigroque succo sordis sinus infarciente ac posteriores lobos pulmonum*. En voici l'exposé :

Obs. Ire. — Un homme de 50 ans, robuste et d'un bon embonpoint, avait eu, trente ans auparavant, la jambe droite amputée au-dessous du genou. Il était sur le point de déjeuner lorsque sa respiration devint tout-à-coup difficile, haletante, et qu'il se vit menacé de suffoquer. Malgré les soins du médecin qu'il fit aussitôt appeler, il mourut, à une heure de l'après-midi, en parlant et en conservant toute sa présence d'esprit. Sur-le-champ, le cadavre devint énormément emphysémateux; il résonnait comme celui des moutons que les bouchers préparent avant de les dépouiller. Sa couleur était livide et noire de la tête aux pieds. Le médecin avait déjà observé ce phénomène dès les neuf heures du matin. Les viscères abdominaux furent trouvés sains; seulement les veines parurent livides, d'une couleur noire sur l'estomac, le colon et le foie. En devant, les poumons n'offraient, pour ainsi dire, rien d'extraordinaire; en arrière, on les vit gros,

(1) Tractat. de pulm., p. 27.

durs et noirs comme de l'encre. Le péricarde ne contenait rien. Un sang noir, épais et sans caillots remplissait le sinus droit du cœur ; à gauche, ce liquide était moins profondément coloré (1).

Dionis nous a transmis sur le même sujet une histoire d'un grand intérêt, et trop remarquable pour n'être pas rapportée.

Obs. II. — Le 16 juillet 1691, le marquis de Louvois, après avoir dîné chez lui et en bonne compagnie, allait au conseil en lisant une lettre au roi. Une oppression subite fit suspendre cette lecture, qu'on voulut reprendre, mais qu'on ne put continuer. M. le marquis sortit du cabinet du roi et rentra chez lui. Il dit à Dionis, qu'il avait envoyé chercher aussitôt : « Saignez-moi vite, car j'é» touffe », et indiqua le cœur comme siége du mal. Un moment après cette opération, le malade voulut qu'on le saignât encore, parce qu'il n'était pas soulagé. Pendant que MM. Daquin, Fagon et Dionis observaient cet état fâcheux caractérisé par des angoisses inexprimables, M. de Louvois sentit un mouvement dans le ventre, comme si cette région voulait s'ouvrir ; il demanda la chaise, et, peu de temps après, il dit : « Je me sens éva» nouir. » Des râlements durèrent quelques minutes, et se terminèrent par la mort. La maladie ne se prolongea pas au-delà d'une demi-heure.

Le cerveau fut trouvé très-sain, et l'estomac rempli d'aliments ; la vésicule du fiel contenait plusieurs petites pierres. On vit les poumons gonflés et pleins de sang ; le cœur était gros, flétri, mollasse et semblable à du

(1) Sepulchret. anat. pract., lib. II, sect. II, obs. 25.

linge mouillé; il n'y avait pas une goutte de sang dans ses cavités.

Dionis conclut que le jugement certain qu'on peut faire de la cause de cette mort est l'interception de la circulation du sang : les poumons en étaient pleins, parce qu'il y était retenu; et il n'y en avait point dans le cœur, parce qu'il n'y en pouvait point entrer. Il fallait donc que ses mouvements cessassent, ne recevant point de sang pour les continuer; c'est ce qui s'est fait aussi, et ce qui a causé une mort si subite (1).

Telles sont les faibles notions historiques que je dois à mes lectures; et, pour leur donner plus de valeur, je puis rapporter deux autres faits qui m'ont été communiqués, et qui s'accordent parfaitement avec ceux que j'ai recueillis.

Obs. III. — Je connaissais particulièrement M. B......, âgé de 54 ans, qui, fort et bien constitué, n'avait jamais souffert de la poitrine. Des dérangements de fortune, dont il pouvait seul s'accuser, l'ont plongé dans une profonde mélancolie. Au commencement de novembre 1808, il se plaignit d'étouffements, et parfois d'une grande gêne pour respirer. Ces accidents étaient passagers et peu fréquents. Le 2 décembre suivant, M. B... éprouve, en jouant au piquet, un embarras à l'épigastre; il le sent augmenter sans pouvoir le définir. Après avoir fait un tour dans son appartement, la faiblesse l'oblige de s'asseoir; et il expire en un instant.

L'ouverture du cadavre a été faite par MM. Legallois et Thilleye fils, docteurs en médecine, et par M. Gaul-

(1) Dissert. sur la mort subite, p. 82.

tier Claubry, chirurgien. Les yeux étaient ouverts et saillants; la face était pâle et plombée, ainsi que le col et la partie antérieure du corps. Il s'écoula par le nez et par la bouche une grande quantité de sérosité sanguinolente. On voyait des taches livides sur l'hypogastre, en haut, en dedans et au-devant des cuisses; de fortes ecchymoses sur les côtés et sous les aisselles, avec phlyctènes sanguinolentes à gauche; mêmes sugillations en arrière jusqu'aux talons.

Toutes les parties molles situées au-devant du cou ayant été incisées jusqu'au sternum, il s'est écoulé beaucoup de sang liquide; et, en pressant l'abdomen, un sang écumeux sortit en abondance par une ouverture de la trachée-artère. Ce canal, fendu dans toute sa longueur, y compris les bronches, fit voir la membrane muqueuse fortement injectée et pleine de sérosité sanguinolente et mousseuse. Le péricarde, rouge et vasculaire dans son intérieur, contenait un peu de sérosité moins rouge que celle dont il vient d'être parlé. Les artères aorte et pulmonaire, toutes les surfaces du cœur ont paru d'un rouge foncé; des veines variqueuses, remplies de sang noir, ont été vues sur la portion gauche de la surface diaphragmatique de cet organe, dont le sinus veineux correspondant était étroit et vidé, tandis que l'autre avait sa capacité ordinaire et contenait un peu de sang. Le ventricule du même côté, plus grand que son congénère, et mou au toucher, avait ses parois peu épaisses. Dans leur tissu on a reconnu une dégénérescence graisseuse privant la fibre musculaire de ses propriétés physiques. Elle n'avait lieu que sur cette portion opposée à la cloison, et située dans le centre de l'épaisseur, depuis le milieu jusqu'à la pointe

du cœur. Cette masse d'adipocire était enveloppée de toutes parts d'une lame charnue et musculaire. MM. Legallois et Thillaye ont conclu que la cause immédiate de la mort a été l'épanchement de sang dans les bronches qui a produit une suffocation subite. La dilatation passive du ventricule gauche, qui aurait fait succomber tôt ou tard, n'a pu contribuer à une fin si prompte qu'autant qu'elle a déterminé ou favorisé un épanchement semblable.

Obs. IV. — M. le duc de Fleury, âgé de 53 ans, sujet à des affections nerveuses et à une très-grande sensibilité de l'épigastre, étant au seizième jour d'une fracture à la jambe gauche, se portait aussi bien qu'on pouvait le désirer, lorsque le 15 janvier 1815, il but un lait d'amandes à dix heures du soir. Une demi-heure plus tard, M. le duc se plaint tout-à-coup de faiblesse et meurt à onze heures, en se disant empoisonné. Trente-trois heures après le décès, le cadavre a été ouvert par MM. *Marquais* et *Beauchêne* fils, chirurgiens, en présence du P. Élisée, premier chirurgien du roi, de MM. Vauquelin, membre de l'Institut, et Bourias, apothicaire.

Tout le derrière du cou et du dos offrait de larges sugillations d'un rouge livide. Il y avait un peu de météorisme du ventre, et le reste de l'extérieur du corps était blanc. A l'exception d'un sang noir et épais dont les vaisseaux de la dure-mère se trouvaient gorgés, et de deux ossifications assez considérables dans le repli falciforme de cette membrane, on n'a rien trouvé d'extraordinaire dans le cerveau. Les poumons, infiltrés d'un sang noir et épais, ressemblent à une éponge imbibée. Le droit, d'un rouge livide, adhérait à la plèvre costale, surtout en arrière. Le cœur était absolument vide.

Sur une circonférence de trois pouces, une portion de l'estomac s'est montrée près de la rate d'un rouge noirâtre dans toute son épaisseur ; il en était de même sur une grande étendue des intestins grêles. La rate, plus volumineuse que d'ordinaire et peu consistante, contenait un sang noir et fétide. Il s'en est écoulé beaucoup de quelques incisions faites au foie, qui était gros et de couleur livide. Le système veineux abdominal était singulièrement gorgé.

III. — Jusqu'ici l'analogie s'est accordée avec l'observation pour ne laisser aucun doute sur l'existence des apoplexies pulmonaires; et déjà nous avons fait connaître par des faits, que quelques morts subites n'ont point été le résultat d'une affection spéciale du cerveau, mais bien celui d'un désordre dans la texture et les fonctions des organes de la respiration; maintenant nous devons parler des causes et constater qu'elles sont les mêmes, n'importe l'espèce d'apoplexie. Elles se réduisent à deux, à la paralysie et à une congestion sanguine.

Les animaux auxquels on fait la ligature des deux nerfs de la huitième paire perdent l'usage de la voix; ils ont la respiration haute et laborieuse ; ils rendent par le nez et par la bouche un mucus écumeux sanguinolent et ne tardent pas à mourir d'asphyxie. Lorsqu'on examine leurs poumons, on les trouve rouges par plaques dans certains endroits, noirs, bruns et violacés dans d'autres; leur tissu est gorgé de sang et les bronches sont obstruées par de la sanie roussâtre. Or, comme la ligature des deux nerfs de la huitième paire entraîne nécessairement l'inertie du larynx et du poumon, je dois conclure que les morts subites,

dépendantes de l'apoplexie des organes de la respiration, sont également l'effet d'une paralysie. Il est aussi probable que ces tissus vésiculaires et vasculaires perdent tout-à-coup leur contractilité et leur sensibilité, qu'il est ordinaire de voir un bras, une cuisse, la langue même et l'œsophage inopinément privés de ces mêmes propriétés.

Le poumon attaqué dans sa puissance nerveuse devient passif et se laisse pénétrer par le sang que lui envoie le cœur, qui souffre peu de la cessation des fonctions des nerfs qu'il reçoit de chaque récurrent. Le ventricule pulmonaire perd de sa force à mesure que le poumon se distend et reçoit une augmentation de consistance; la glotte ne laisse plus parvenir qu'une très-petite quantité d'air dans la trachée, d'où il ne se porte pas jusqu'aux dernières divisions affaissées et comprimées de toutes parts. Il s'ensuit que le poumon ne pouvant plus rien admettre, le sang reflue dans les cavités droites du cœur, qui en sont toujours remplies, et où il ne cesse d'être apporté des autres parties du corps. Au contraire, les cavités gauches sont à peu près vides : elles doivent être dans cet état, puisqu'il ne passe plus que très-peu de sang des artères dans les veines pulmonaires, destinées à le verser dans l'oreillette gauche et dans le ventricule aortique. L'examen des cadavres des personnes mortes subitement nous ayant fait connaître une telle disposition des poumons, nous avons nécessairement dû conclure que la paralysie de ces organes a causé la perte de la vie par défaut de respiration.

Les paralysies du cerveau entraînent avec elles l'insensibilité et la perte de mouvement de tous les membres; elles font cesser les fonctions des viscères de l'abdomen,

tandis que celles du cœur et des poumons continuent encore péniblement. Les vaisseaux de l'encéphale ne réagissent plus sur la colonne de sang ; ils se distendent et se gorgent à l'excès ; il s'ensuit en outre une exsudation séreuse, qui ne se rencontre pas dans les apoplexies pulmonaires, parce qu'elles sont trop promptement mortelles. La disposition des vaisseaux intérieurs du crâne est donc la même que celle des vaisseaux du poumon, une fois que les nerfs de la huitième paire ont perdu leur influence. Telle est enfin l'identité parfaite dans ce premier ordre de causes, relatif à l'extinction de la puissance nerveuse.

Si nous passons à l'apoplexie sanguine, qu'elle ait son siége à la tête ou à la poitrine, nous voyons que tout part d'un seul point, que tout prend origine dans le cœur. En effet, s'il s'agit du cerveau, le ventricule aortique a pu donner une impulsion violente et pousser tout-à-coup une quantité surabondante de sang dans les vaisseaux des méninges : ces canaux ne résistent pas, se rompent ou se laissent seulement pénétrer dans leurs dernières divisions capillaires où ce fluide demeure en stagnation. Qu'un effort semblable ait lieu du côté du ventricule pulmonaire, on conçoit que les organes de la respiration favorisent singulièrement, par leur structure, l'afflux du sang qui vient les surprendre et occuper un espace assez étendu pour interdire tout accès à l'air atmosphérique et pour causer la mort par asphyxie. Comme au cerveau, le système vasculaire se trouve seulement rempli et distendu excessivement, ou bien il cède à l'effort d'impulsion ; et le tissu parenchymateux du poumon est infiltré ou fortement ecchymosé. D'autres fois, les artères carotides et vertébrales ne se prêtent pas seules à une telle impulsion;

mais encore les autres vaisseaux du même ordre y participent : alors, loin d'être borné à une seule région, l'effet est commun à d'autres parties intérieures ou extérieures du corps. C'est ce que je crois avoir démontré par des faits dans un mémoire sur les *coups-de-sang* cutanés, que j'ai eu l'honneur de communiquer à la classe (1). La grosse artère qui sort du ventricule droit ne le distribue qu'aux poumons et ne peut donner lieu à un tel phénomène. L'impuissance nerveuse ou les trop violents efforts du cœur produisent donc des apoplexies du cerveau et du poumon ; de part et d'autre, et relativement à leur nature, ces causes ont donc un même mode d'action.

IV. — Les signes de l'apoplexie du poumon, causée par la paralysie ou par un effort qui a dirigé inopinément une trop grande masse de sang dans les vaisseaux et dans le tissu de cet organe, semblent offrir des différences qui séparent ces deux espèces d'affections. La première, dont il va être question, attaque principalement les personnes déjà avancées en âge et les vieillards. Elle se manifeste par un sentiment de gêne et d'oppression : les malades ne tardent pas à se plaindre d'une grande faiblesse, comme s'ils étaient sur le point de se trouver mal ; ils pâlissent, manquent de force et tombent. Néanmoins, ils conservent leur présence d'esprit et demandent de prompts secours ; ils indiquent le besoin qu'ils ont de respirer le grand air et d'user de tous les moyens capables de les ranimer. En moins d'un quart-d'heure, d'une demi-heure, la faiblesse est extrême ; le pouls, fort et dé-

(1) Séance du 20 février 1815. Voir la *Revue médicale*, 1826.

veloppé dans le premier instant, se déprime avec rapidité; on le sent très-fréquent, petit, en même temps qu'une sueur glaciale humecte le corps. Enfin, toute connaissance se perd et la mort est prochaine. Le plus souvent un médecin n'arrive que pour voir un expirant ou un cadavre; comme tous les assistants, il prononce sur une apoplexie foudroyante, et il indique le cerveau pour siége de l'attaque.

Mais quand la tête est primitivement embarrassée, on tombe sur-le-champ privé de connaissance, de sentiment et de mouvement; toutes les facultés intellectuelles sont abolies et l'assoupissement est tout-à-coup très-profond. Il y a souvent des évacuations involontaires alvines et urinaires, ou la constipation résiste aux remèdes les plus âcres et les plus irritants; la figure se tuméfie; on voit des distorsions dans la bouche, la respiration est haute, bruyante et stertoreuse; enfin on reste dans cet état déplorable pendant douze, vingt-quatre heures et plus. Ces symptômes et accidents n'ont aucune ressemblance avec ceux qui suivent une lésion subite des fonctions nerveuses du poumon. La méprise est impossible lorsque l'apoplexie cérébrale est légère et se réduit à un assoupissement avec paralysie d'un membre ou d'un côté du corps.

S'il est difficile de ne pas reconnaître d'abord sur le vivant que la poitrine est affectée plutôt que la tête, on croit peut-être que l'incertitude est réelle lorsqu'on examine un cadavre. Le médecin, instruit de la manière dont l'événement s'est passé, parvient encore à éviter toute erreur. Il voit les yeux ouverts et saillants comme ceux de la plupart des noyés; il aperçoit un mucus écumeux sanguinolent, qui sort de la bouche en plus ou moins

grande quantité, selon la position de la tête et de la face; et il découvre que, long-temps après la mort, le corps conserve une chaleur extraordinaire dans la région précordiale. La percussion du thorax donne presque toujours un son mat, qu'on ne peut attribuer qu'à un état pathologique du poumon survenu récemment; puisque, pendant la jouissance d'une bonne santé, jamais on ne s'était plaint de gêne pour respirer. Ces détails sont décisifs et n'ont rien de commun avec ceux qu'on observe sur les cadavres d'individus morts d'une apoplexie du cerveau. Les autopsies dont il a été parlé, celles dont il me reste à faire mention, fixent irrévocablement les idées sur la nature de l'affection, comme cause d'un certain nombre de morts subites.

Obs. V. — Le D. Thouvenel, âgé de 70 ans, d'un embonpoint médiocre, sujet à des palpitations qu'il calmait avec de l'eau de menthe ou avec la teinture de valériane, meurt subitement le 1er mars 1815. A neuf heures du matin, il remet à un autre instant le déjeûner que vient lui offrir son domestique qui le voit à son bureau. Dix minutes plus tard, le coëffeur le trouve tombé près du feu et sans blessure. Pendant que cet homme le relève, M. Thouvenel demande par signe qu'on l'approche de la croisée, et qu'on lui donne un petit flacon placé sur sa cheminée; il boit un peu d'eau de menthe. Un médecin arrive, reconnaît un pouls plein et très-fort; il hésite un peu, prescrit un émétique et un lavement purgatif. La respiration est bientôt râlante, des mucosités obstruent les voies aériennes, et M. Thouvenel expire à onze heures. Il n'a survécu que deux heures à la chute qu'il a faite au coin de son feu. Dès le premier moment, mes secours

ont été réclamés ; mais mon absence de chez moi ne m'a permis de me rendre auprès du malade que pour lui voir rendre le dernier soupir. A l'inspection du cadavre, et sur le récit de ce qui venait de se passer, j'ai prononcé sur l'état pathologique de la poitrine, et l'ouverture du cadavre a confirmé mon diagnostic.

Nous l'avons faite 27 heures après le décès, M. Beauchêne fils, chirurgien, et moi, en présence de M. Lefèvre, médecin ordinaire du roi. Nous n'avons vu qu'en arrière du tronc des sugillations et de nombreuses taches violettes semblables à des ecchymoses. Le thorax percuté ne résonnait pas ou très-peu à gauche. Le poumon avait contracté des adhérences difficiles à détruire avec le doigt. Le lobe supérieur de cet organe et toute sa partie dorsale étaient pénétrés de beaucoup de sang d'un brun livide, et le poumon droit s'est trouvé tellement gorgé qu'il nous a paru plus noir et plus pesant que l'autre. Les bronches étaient remplies d'un amas sanieux semblable à la lie de vin rouge. Nous avons reconnu le cœur volumineux, graisseux, mou, affaissé sur lui-même, avec un peu de dilatation et d'amincissement de la paroi des deux cavités droites, occupées par un sang noir et liquide, ainsi que les deux artères aorte et pulmonaire.

Le diagnostic des apoplexies du poumon, que l'on doit rapporter à des congestions sanguines, semble se montrer avec une évidence toute particulière qui n'induit pas en erreur. Cependant, on remarque deux nuances faciles à saisir et à distinguer l'une de l'autre. Tantôt les accidents qui se manifestent sont sans cause connue ; tantôt ils en ont une dont l'action se passe sous les yeux de l'observateur, ou ne reste pas cachée lors même que son impres-

sion est terminée. Il arrive donc que de jeunes sujets éprouvent, à l'instant qu'ils y pensent le moins, des symptômes de suffocation, avec malaise et sentiment de gêne dans la poitrine, sans que l'on prévoie d'où ils dépendent. Ces individus restent un ou plusieurs jours dans cet état, avec des rémissions ou des intervalles de repos, qui font croire à une maladie nerveuse. Chez eux, le pouls se soutient pour l'ordinaire, serré, fort, dur et fréquent; leur figure est gonflée, peu colorée, à l'exception des lèvres qui ont une teinte violette. Ils ne toussent ni ne crachent; le tronc est baigné d'une sueur chaude, ainsi que la face. Les angoisses se succèdent de plus en plus rapidement : des douleurs se font quelquefois sentir au creux de l'aisselle, dans le gros de l'épaule, sur les bras jusqu'au pli du coude. Enfin, la mort survient tout-à-coup; on dirait que le malade tombe frappé de la foudre.

Obs. VI. — Après sept mois d'un coup de timon reçu à la partie supérieure et gauche de la poitrine, et qui n'avait eu aucune suite fâcheuse, le nommé D...., âgé de 27 ans, se présente, le 12 mai 1815, pour être admis à l'infirmerie de la prison de Sainte-Pélagie. Ce jour là, il se plaint pour la première fois d'une faiblesse générale et d'un malaise dans la poitrine; deux fois il tombe en syncope, en moins de deux heures, ayant la figure gonflée et violette. Lorsque je le visite, je lui trouve encore la face rouge et vultueuse, la respiration gênée, le pouls dur, fréquent et serré. Cet homme se plaint d'un embarras précordial qu'il ne peut définir, d'une douleur de l'avant-bras, du bras et de l'aisselle gauche. J'ai le pressentiment d'un événement fâcheux : je projette une saignée que je crois devoir remettre au lendemain. Je prescris seulement

un pédiluve, un lavement, une infusion de feuilles de tilleul et de feuilles d'oranger. Le 13, lendemain de son admission à l'infirmerie, ce malade se trouve si bien qu'il me demande sa sortie : je la lui refuse, parce que son état me paraît suspect, sans trop pouvoir m'en rendre raison. Je ne change rien à son traitement, et il n'y avait plus de motif suffisant pour lui ouvrir la veine du bras. Ce même jour, à trois heures après midi, cet homme, adossé contre un mur, conversait avec les domestiques et se félicitait de sa bonne santé, lorsqu'il fut pris subitement d'une faiblesse. Il tomba et expira avant même qu'on ait eu le temps de le relever.

Le 14, je vis le cadavre avec les yeux fixes et entièrement découverts par les paupières; il s'était écoulé de sa bouche une masse assez considérable de mucus sanguinolent. La région précordiale conservait encore beaucoup de chaleur, et toute la peau était parsemée de taches violacées. L'estomac et les intestins n'ont rien offert de particulier; le foie était très-volumineux, d'un rouge noirâtre ou brun foncé; il n'y avait que très-peu de bile dans la vésicule, et tout le système de la veine-porte se trouvait gorgé de sang. Le lobe supérieur du poumon droit restait crépitant; il conservait sa couleur et sa consistance naturelles. Le reste était gros, pesant, surtout en arrière et en bas. Le poumon gauche se faisait remarquer par son volume par sa couleur noire ou d'un rouge très-brun, avec turgescence des vaisseaux capillaires du médiastin, des plèvres costale et diaphragmatique; enfin, un mucus sanguinolent obstruait les bronches. J'ai trouvé le cœur couvert de graisse le long de ses vaisseaux principaux, et ses veines également injectées dans leurs plus petites ramifi-

cations. Cavités gauches vides et contractées sur elles-mêmes, cavités droites distendues, mollasses et flasques, contenant beaucoup de sang noir, épais et poisseux. On n'a rien observé de particulier dans le cerveau.

Obs. VII. Dans le cours de février 1815, le nommé L....., a été traité avec succès d'une psydracie à l'infirmerie de Sainte-Pélagie. Ce jeune homme, âgé de 16 ans, s'est très-bien porté et a travaillé avec assiduité jusqu'à deux heures après midi de la journée du 14 avril suivant. Alors, il a éprouvé des faiblesses, des étouffements; le soir, les souffrances ont augmenté, et il est mort subitement le lendemain matin, dans le dortoir commun des condamnés.

Le 16, j'ai fait l'ouverture du cadavre, dont les yeux étaient ouverts et brillants, et de la bouche duquel il est sorti un liquide épais et sanguinolent. Le côté droit de la poitrine n'a nullement répondu à la percussion qui, à gauche, a donné un son mat très-obscur. Il n'y avait d'enflure ni des bras ni des mains et l'embonpoint n'offrait rien que de très-ordinaire de la tête aux pieds. Tout le côté gauche du corps était marqué de sugillations et d'ecchymoses, qui ne dépassaient pas la ligne médiane pour se porter à droite. Une sérosité jaune et limpide remplissait tout-à-fait cette cavité thoracique droite, dont la paroi adhérait en certains endroits à la plèvre pulmonaire, au moyen de prolongements albumineux peu solides. Le poumon était revêtu en entier d'une fausse membrane qui le faisait adhérer au médiastin, et dans laquelle je l'ai vu mince, racorni comme un morceau de cuir. La cavité gauche, foyer d'une chaleur remarquable, n'a laissé voir aucun fluide séreux; elle était totalement occupée par un

poumon volumineux, de couleur violacée sur son bord antérieur, noire et brune partout ailleurs. Cet organe, non crépitant, a été incisé profondément sur plusieurs points; il s'est écoulé une abondante quantité de sang noir sans mélange de mucus écumeux. Les bronches étaient obstruées par un liquide glaireux et sanguinolent. Le foie m'a paru double de son volume ordinaire, noir et fortement injecté; et le système veineux abdominal singulièrement turgescent. Il en était de même de tous les vaisseaux du seul hémisphère cérébral gauche et des semblables plexus choroïdes correspondants. J'ai fait des remarques semblables pour ce qui concerne le tissu des moitiés gauches de la langue et du cou. . . . . »

Cette dernière observation offre des particularités étrangères à la question, et qu'il importe de noter. Le malade qui en est le sujet avait le côté droit du thorax exactement rempli par une sérosité limpide et citronée; cependant, il ne s'était jamais plaint d'aucune difficulté de respirer. Le poumon correspondant, raccourci, desséché, adhérent au médiastin, était enveloppé d'une couche d'albumine épaisse, concrète, en forme de fausse membrane, qui le dérobait à la vue. Aucun signe, néanmoins, n'a fait soupçonner une péripneumonie latente ou chronique. Baglivi avait donc raison de s'écrier sur la difficulté qu'on rencontre quelquefois à établir le diagnostic des maladies de poitrine (1). Les sugillations, que j'ai observées sur toute la moitié gauche du corps du même individu, et qui ne dépassaient pas la ligne médiane pour

(1) « O quantum difficile est curare morbos pulmonum? O quanto » difficilius eosdem cognoscere; et de iis certum dare præsagium? » Prax. med., lib. 1, *De pleuritide*.

se porter à droite, me rappellent une disposition tout-à-fait semblable rapportée par Morgagni, qui ignorait si d'autres en avaient parlé avant lui.

Obs. VIII. Un potier de terre, âgé de 70 ans, naturellement gai et intrépide buveur, mourut d'une fluxion de poitrine, durant laquelle il y eut des symptômes de frénésie. L'inflammation avait son siége dans la cavité gauche du thorax et s'étendait au péricarde, au poumon et à la plèvre costale. Le poumon de ce côté était plus rouge que l'autre, et les vaisseaux de l'hémisphère correspondant de l'encéphale contenaient beaucoup de sang. Morgagni pensa qu'une ancienne dureté existant dans le poumon gauche, une nouvelle turgescence ajoutée par un sérum écumeux, par la plèvre plus épaisse en cet endroit, cause une compression de la veine sous-clavière gauche et retarde le cours du sang, déjà plus faible de ce côté. On ne voit pas qu'un tel empêchement puisse avoir lieu; il serait plus à craindre à droite sur la veine-cave descendante. Dans le fait qui m'est particulier, le poumon droit n'exerçait aucune fonction, et j'ai noté le même phénomène que Morgagni (1). Je crois que les poumons remplis outre mesure, ainsi que les cavités droites du cœur, le sang a été retenu par régorgement dans les vaisseaux de la tête, comme il l'est d'ordinaire dans le système vasculaire abdominal.

Dans le cas que j'ai observé, cette turgescence était commune à la moitié gauche de la langue, du pharynx et du cou; ce qui s'accorde avec ce que Hippocrate a dit des péripneumoniques : lorsqu'ils ont toute la langue

(1) De sed. et caus. morbor., epist. VII, n° 11.

blanche et rude, les deux poumons sont enflammés; un seul l'est, lorsque la moitié de la langue se montre telle (1).

Les exemples sont communs de ces coups de sang au poumon, effets d'une cause dont l'action évidente ne cesse qu'autant que l'art intervient, et qui peut avoir les suites les plus fâcheuses dans le cas contraire; les symptômes extérieurs font juger que la tête et la poitrine sont également embarrassées. Outre le soulèvement des parois du thorax, la gêne de la respiration, l'expuition d'un mucus écumeux, mêlé de sang très-rouge, et quelquefois une hémoptysie effrayante, la figure des malades est rouge, gonflée; leurs yeux sont fixes, saillants, avec les pupilles dilatées, et même perte de la vue; un effort de plus fait périr apoplectique. N'a-t-on pas vu succomber à de violentes compressions sur la poitrine et le bas-ventre? des femmes n'ont-elles pas perdu la vie durant un travail de l'enfantement, difficile ou impossible par les voies naturelles? D'autres circonstances de pléthore exposent aux mêmes dangers.

Obs. IX. Une jeune fille, âgée de 13 ans, fortement constituée et non réglée, éprouva, le 6 mai 1814, du malaise et du frisson immédiatement après son lever; il survint ensuite une fièvre violente qui la força de se remettre au lit. Au même instant, la respiration fût très-gênée et très-courte; la figure se gonfla et se colora beaucoup. La malade, qui crachait du sang, était d'une agitation extrême; on ne la calma qu'en ouvrant les croisées de

(1) « Quibus peripneumonicis tota lingua fit alba et aspera, pul- » monis ambæ partes inflammantur, quibus autem dimidia, tantum » illa pars quæ spectatur. » Coac., n° 400.

l'appartement, dont il fallut l'approcher. Il y avait en outre céphalalgie très-vive, dilatation des pupilles, obscurcissement de la vue, respiration courte, râlante, et salive écumeuse, sanguinolente, remplissant la bouche. La suffocation était imminente. Sous mes yeux, une sœur de la charité ouvrit la veine que je ne fis fermer que quand le pouls, cessant d'être petit, serré et résistant sous le doigt, se fit sentir mou, développé et mesuré dans ses pulsations. Aussitôt, la respiration fut plus facile et l'assoupissement dissipé. Le soir même, je fis encore appliquer six sangsues de chaque côté du cou; la perte de sang fut considérable; tous les accidents cessèrent et la convalescence se décida sur-le-champ.

Obs. X. L'épouse d'un chef de division, au ministère de la guerre, avait eu trois grossesses malheureuses durant lesquelles elle eut à souffrir des douleurs de tête avec vertiges fréquents, et des chaleurs vives à la poitrine avec crachements de sang. Quoiqu'on l'eût saignée plusieurs fois, elle n'en fit pas moins trois fausses-couches. Enceinte pour la quatrième fois en 1805, je fus chargé du soin de la diriger. Les mêmes accidents, qui lui avaient été précédemment si funestes, se renouvelèrent et inspirèrent encore des craintes. Pendant le cours de la grossesse, dix saignées furent pratiquées; les bains et une diète légère furent conseillés; enfin, cette dame accoucha à terme d'un enfant bien portant.

V. Il y a des maladies qui ne paraissent très-rares, que parce qu'elles n'ont pas été observées d'une manière spéciale; les apoplexies du poumon seront sans doute de ce nombre. Je ne sache pas qu'on en ait encore parlé *ex pro-*

fuso; mais je n'ignore pas que, dans des conversations particulières, dans des conférences et même des examens de candidats, des médecins ont désigné ces engouements sanguins du poumon, sous le titre d'*apoplexie*; en sorte que, si on s'élève contre un néologisme, on ne peut m'accuser de l'introduire dans le langage médical. Quoi qu'il en soit, l'état pathologique sur lequel je viens de m'expliquer, existe et demande à être caractérisé par un nom qui en donne une idée positive. Je reconnais toute l'imperfection de mon travail; mais j'ai cru important de le communiquer, soit pour prendre date, soit par la crainte de ne pas pouvoir recueillir de nouvelles histoires; enfin, pour fixer l'attention des praticiens sur une espèce de mort subite dont il est quelquefois possible de combattre la cause avec avantage.

Il ne paraît pas qu'on doive espérer de conserver un vieillard dont le poumon, frappé de paralysie, se laisse passivement pénétrer par une quantité surabondante de sang. Le médecin, qui l'assiste sur-le-champ, ne peut en aucune manière penser à l'usage de l'émétique. S'il ouvre la veine, il est à craindre que le sang ne coule pas, ou si peu, qu'il n'en résulte aucun dégorgement sensible et efficace. Qu'il ait recours aux potions éthérées, spiritueuses, cordiales, les malades n'en avalent pas assez pour se procurer quelque soulagement; qu'il leur couvre le corps de vésicatoires, la mort a lieu avant que ces topiques soient appliqués, ou, au moins, lorsqu'il n'aura pu exister d'irritation cutanée. L'extrême danger doit forcer à l'emploi immédiat du feu; si je ne me trompe, il est à propos de couvrir chaque côté de la poitrine de larges compresses épaisses, imbibées d'eau bouillante, de brûler des boulet-

tes de cordon cardé, humectées d'alcool, sur les parties latérales et inférieures du cou, sur le trajet des nerfs pneumo-gastriques. Dans le cas où, à l'aide de ces topiques promptement excitants, on serait assez heureux pour ranimer un expirant, il serait indispensable de lui ouvrir la veine du bras et de soulager les poumons. Cette méthode curative n'est-elle pas aussi celle qui convient dans les apoplexies nerveuses, ou les paralysies du cerveau?

Il est incontestablement démontré par des faits que les personnes frappées d'une apoplexie du poumon périssent beaucoup plus tôt que celles qui éprouvent une attaque semblable au cerveau. Dans ce dernier cas, toute question tendant à expliquer ce phénomène remarquable est résolue par Eller, pour ce qui concerne le cœur. Les mouvements de cet organe persistent, parce qu'il reçoit ses nerfs du grand inter-costal ou sympathique, qui provient de la moelle épinière (1). Les expériences de M. Le Gallois nous ont confirmé que les fonctions pulmonaires s'exécutent, tant que les nerfs de la huitième paire conservent toutes leurs propriétés. Or, la formation du sang artériel continue; ce fluide régénéré fait son impression sur le cerveau, aussi long-temps que cet organe est susceptible de la recevoir et de la transmettre. Avec une pa-

(1) « Litem hanc quodam modo componere aliquis poterit, qui » mecum considerat cor, cum plurimissimi ventris visceribus, nervos præcipuos ab intercostali accipere, qui spinalis medullæ soboles ut, proinde cordis motum sustentare aptus natus, quamvis » reliqui a cerebro vel cerebello concurrentes nervorum surculi, ex » defectu vel destructione aut corruptione horum viscerum penitus » deficiant. » Obs. de cognosc. et curand. morb., sect. XIV, p. 283.

ralysie du poumon, il n'y a plus de sang artériel; toute impression sur le cerveau est suspendue, et la puissance nerveuse s'éteint aussitôt (1).

Des observations curieuses et intéressantes de M. Riobé font vivement pressentir que du sang épanché en petite quantité, dans la substance médullaire du cerveau, est susceptible d'être absorbé et reporté dans le torrent de la circulation, le cerveau conservant, dans le lieu de cette extravasation, une cavité séreuse que l'on soupçonne pouvoir s'oblitérer encore et laisser une espèce de cicatrice dans la substance même de l'organe (2). L'état du poumon est semblable, lorsque le sang s'épanche dans son tissu parenchymateux. Ce fluide peut-il disparaître de la même manière? Rien ne le fait présumer. On a plus à craindre une inflammation consécutive, un empyème enkysté, et, plus tard, une phthisie dans ces deux circonstances, qui se ressemblent et ne diffèrent que par le siége du mal; la saignée est le seul moyen de favoriser les heureux mouvements de la nature et les guérisons spontanées. Enfin, cette opération est exclusivement indiquée quand il s'agit d'une simple turgescence sanguine des vaisseaux du cerveau et de ceux du poumon. J'ai lieu de croire que j'aurais conservé à la vie le malade qui fait le sujet de ma cinquième observation, si j'eusse écouté ma première idée qui m'avait porté à le saigner lors que je le vis pour la première fois. J'ai laissé fuir l'opportunité qui ne s'est plus présentée (3).

(1) Expér. sur le princ. de la vie, *passim*.

(2) Thèse soutenue à la Faculté de Paris en 1814.

(3) Hipp., aphor. 1, sec. 1, *occasio præceps*.

Les observations qui servent de base à ce mémoire, constatent : 1° l'existence des apoplexies du poumon et leur analogie parfaite avec toutes celles du cerveau ; 2° que les personnes qui en sont atteintes périssent toujours dans un très-court espace de temps, et, en général, beaucoup plus vite que celles dont l'attaque est à la tête ; 3° que, quand la mort survient en moins de quelques minutes, d'un quart-d'heure, d'une ou de deux heures, il faut en rechercher la cause dans la poitrine, et rarement dans l'intérieur du crâne.

MÉMOIRE

Sur la rupture du vagin et de la matrice pendant la grossesse et l'accouchement ;

Par M. Mordière,
Docteur en médecine à Loudun (Vienne).

(Troisième article.)

Dans l'observation qu'on va lire, outre les symptômes mentionnés précédemment (1), nous en trouvons un qui n'a point encore été indiqué ; c'est la sensation d'un corps pesant qui, à chaque changement de position, semblait tomber d'un côté sur l'autre.

DOUZIÈME OBSERVATION (2).

Trente ans ; quatrième grossesse ; couches précédentes pénibles ; rupture du vagin ; mort.

« Le 20 août 1786, le docteur Waller nous pria,

(1) Voir le numéro de novembre 1836 de la *Revue*.
(2) W. Goldson, *Archives de médecine*, t. XV, p. 321.

M. Aylward et moi, de voir avec lui la femme Wilkins; elle était âgée d'environ 30 ans, forte et accoutumée au travail; elle était alors enceinte pour la quatrième fois. Quoique ses couches précédentes eussent été pénibles, elle avait mis au monde des enfants vivants, et sans avoir besoin de secours. Cette dernière grossesse avait été beaucoup plus incommode que les autres; la malade n'avait pas cette facilité accoutumée à se livrer aux occupations domestiques, et elle éprouvait souvent des douleurs dans les lombes.

Quelques jours auparavant, Waller, appelé pour la première fois, attribuant à de *fausses douleurs* les souffrances de la malade, lui prescrivit une potion opiacée. Pendant neuf ou dix jours elle se trouva bien. Au bout de ce temps, elle fit de nouveau appeler le médecin; l'orifice de l'utérus n'avait pas plus d'un pouce de diamètre, les membranes s'étant rompues spontanément; le toucher fit reconnaître la tête, mais non la position dans laquelle elle se présentait, parce qu'elle était encore située trop haut. La marche de l'accouchement n'offrant rien de particulier que sa lenteur, on s'en remit au soin de la nature. Dans l'espace de quelques heures, la dilatation de l'orifice utérin fut à peu près complète, et l'on s'attendait à voir l'accouchement se terminer heureusement : cette attente fut vaine; la tête du fœtus ne s'engageait point dans la cavité du bassin; il était survenu à la malade un spasme du pied gauche; bientôt, à chaque douleur, elle en éprouva de si violents par tout le corps qu'elle en jetait les hauts cris. Enfin, après un dernier effort, elle dit qu'il lui semblait que cette fois la douleur avait porté contre la matrice elle-même; du sang sortit

alors en petite quantité par le vagin, et continua à couler. Les *douleurs* diminuèrent, et furent remplacées par des coliques. (Saignée, lavement, potion calmante.) Quand nous revînmes à l'heure marquée, les douleurs d'enfantement avaient cessé; la malade était en proie à une anxiété extrême, à une soif vive, à des vomissements violents; le ventre était douloureux au toucher, la malade y accusait la sensation d'un poids considérable, qui, à chaque changement de position, semblait tomber d'un côté sur l'autre. En pratiquant de nouveau le toucher, on ne trouva plus de fœtus; il ne pouvait plus y avoir de doute sur la nature de l'accident qui était survenu. Waller fit appeler en consultation plusieurs médecins habiles; on s'assembla vers midi; la malade avait passé plus de 24 heures dans une inquiétude extrême; elle éprouvait une douleur violente dans la région pubienne, le pouls était plein et assez fréquent, la respiration difficile, soif ardente, vomissements fréquents, oppression, sueur froide au visage. Quelque temps auparavant, la malade avait rendu de l'urine sans s'en apercevoir; depuis lors, il ne s'en était plus écoulé. On introduisit une sonde qui amena une petite quantité de sanie rouge. Après avoir observé ces symptômes, et reconnu leur analogie avec ceux que Douglass avait décrits comme accompagnant la rupture de la matrice, on jugea nécessaire d'explorer les parties en y introduisant la main. La chose fut facile. Il se présenta d'abord en arrière une tumeur volumineuse, mobile; ce n'était point la tête de l'enfant. Bientôt Waller sent sous sa main les intestins. Qu'y avait-il de mieux à faire que d'amener le fœtus par les pieds? C'est ce qui fut fait en peu de temps, et presque sans aucun écou-

lement du sang. L'enfant, assez volumineux, était mort, probablement depuis son passage dans l'abdomen. Le placenta qui était également dans le ventre, fut aussi facile à extraire. La tumeur qui s'était d'abord présentée n'étant pas suffisamment connue, et la femme ayant peu souffert pendant la version du fœtus, il parut convenable d'examiner de nouveau l'état des viscères. Waller eut à peine introduit la main qu'il sentit cette tumeur reculer devant ses doigts, et qu'il l'a reconnue pour l'utérus lui-même; il reconnut en même temps que ce n'était point la matrice qui avait éprouvé une rupture, mais bien le vagin, à l'endroit où il embrasse le col; que l'orifice utérin était sain et déjà contracté, au point qu'il pouvait à peine admettre l'extrémité de deux doigts. Tout traitement fut inutile; la malade mourut après avoir présenté tous les symptômes d'une inflammation maligne du péritoine et des intestins.

Autopsie. — A l'ouverture du ventre, il s'échappe une assez grande quantité d'air; le péritoine était enflammé et *gangrené* en plusieurs endroits; les intestins, distendus par des gaz, étaient enflammés, de couleur grisâtre, mais parcourus par des ramifications vasculaires d'un beau rouge, et comme injectés artificiellement. Ils étaient parsemés d'un grand nombre de taches gangréneuses, et agglutinés les uns aux autres. L'épiploon était également enflammé et aggloméré; le ventre contenait une grande quantité de sérosité sanguinolente; et tout, dans cette cavité, présentait le même aspect qu'on observe dans les cadavres de femmes mortes de fièvre puerpérale. L'utérus et ses membranes étaient sains, à l'exception de l'ovaire gauche qui contenait, dans un kyste particulier, environ 12 onces d'un liquide transparent. L'orifice et le col de

la matrice étaient en bon état ; mais le vagin, fort animé à sa partie supérieure, était déchiré à l'endroit où il embrasse l'utérus ; la déchirure s'étendait à la moitié de la matrice, et principalement du côté gauche. La matrice, revenue sur elle-même, était dans l'état où on la trouve ordinairement peu de temps après l'accouchement ; son orifice était tel que l'avait trouvé Waller au premier examen. Le péritoine présentait, près du fond de l'utérus, les signes d'un commencement de sphacèle ; la matrice avait, dans la plus grande partie de son étendue, un pouce d'épaisseur, sa surface interne était saine : çà et là quelques traces de la membrane caduque.

Ici encore l'extraction du fœtus fut faite à travers la rupture du vagin, et, comme dans l'observation de M. Dupuytren, la femme succomba. Mais aussi nous ferons remarquer que ce fut plus de 24 heures après l'accident que cette extraction fut opérée, et pendant ces heures fatales, *écoulées dans l'attente d'une consultation*, la péritonite violente qui emporta la malade eut tout le temps de faire des progrès tels que l'art dut rester impuissant. Dans un cas semblable, rapporté par M. Coffinière (1), la femme survécut cinq jours ; mais il n'est point dit combien de temps s'écoula entre la rupture et la délivrance.

On a dû remarquer que dans toutes les observations précédentes, qui sont présentées avec quelques détails, il est fait mention d'un écoulement de sang plus ou moins abondant, et qui a eu lieu au moment même de l'accident. On ne conçoit guère qu'il en puisse être autrement, puisque des vaisseaux plus ou moins nombreux

(1) Recueil périodique, t. VI, p. 451.

doivent nécessairement être compris dans la rupture. Ce symptôme est tellement constant et si inhérent, pour ainsi dire, à la nature même de l'accident, que son absence a fait tomber Boer dans l'erreur, quoique cet accoucheur célèbre fût bien convaincu à l'avance de la possibilité des ruptures du vagin pendant l'accouchement. Cette absence de l'hémorrhagie tenait à une cause (*la gangrène*) que rien n'avait pu faire reconnaître durant la vie.

Dans les observations que nous avons rapportées jusqu'à présent, la mort fut une suite presque immédiate de l'accident; mais heureusement il n'en est pas toujours ainsi, et nous pouvons citer des faits où l'art a pu arracher quelques victimes à la mort.

QUATORZIÈME OBSERVATION (1).

Vingt-cinq ans, troisième grossesse; accouchements précédents laborieux; rupture du vagin; mort 46 jours seulement après l'accident.

Madame W...., âgée de vingt-cinq ans, avait eu déjà deux grossesses : dans la première, l'accouchement fut terminé par le forceps, l'enfant était mort; dans la seconde, il fallut opérer l'extraction du fœtus à l'aide des crochets, et la mort de l'enfant fut le résultat de cette manœuvre. (On ne dit pas quelle était la cause qui s'opposait à la libre sortie de l'enfant; s'il existait, par exem-

(1) *Médico-chirurgical Transactions*, Londres 1827, t. XIII; et *Archives de Médecine*, t. XIX, p. 97.— Nous avons supprimé l'observation treizième. Le lecteur s'apercevra facilement ainsi, par les lacunes que présenteront les numéros des observations, des suppressions que le défaut d'espace nous aura fait juger nécessaires. (*N. R.*)

ple, un rétrécissement ou une déformation des cavités du bassin.) Cette dame, devenue enceinte pour la troisième fois, ressentit les douleurs de l'accouchement le 27 février 1827. Dans la soirée de ce jour, le docteur Hill, appelé près de la malade, trouva le col de l'utérus dilaté déjà de la largeur d'une pièce de deux francs. L'enfant présentait la tête. A trois heures du matin, les membranes se rompent, les eaux s'écoulent, et les douleurs qui se rapprochaient font engager la tête dans le détroit supérieur du bassin. Les douleurs n'avaient pas discontinué de se faire sentir, sans apporter d'ailleurs de changement notable, lorsque, à neuf heures, madame W.... éprouve tout-à-coup une distension singulière du ventre accompagnée d'un sentiment de suffocation si pénible qu'on est obligé de la soutenir le corps presque droit; le pouls s'accélère rapidement, les pulsations s'élèvent de 80 à 140 par minute; la face se décolore et peint la plus vive anxiété; un peu de sang s'écoule par le vagin; les tranchées utérines deviennent de plus en plus faibles, et finissent par ne plus se manifester. Au milieu de ce concours de circonstances, la tête reste dans la même position. La malade n'avait ressenti aucune douleur insolite lorsqu'elle avait été prise de suffocation, et elle n'en sentait pas depuis ce moment. Vers les dix heures du soir, le docteur Conquest, appelé en consultation, fait l'extraction de l'enfant à l'aide de la perforation du crâne et du forceps. Une péritonite très-grave ne tarda à se développer après l'accouchement. Les accidents se prolongèrent sans amendement notable, malgré tous les moyens thérapeutiques mis en usage, et la malade succomba le 7 avril, quarante-six jours après l'accouchement.

de Madame..... n'a pas subi la plus légère altération.

Ainsi, nous voyons que, malgré l'issue des intestins à travers la rupture, une délivrance prompte a pu arracher à la mort la femme dont on vient de lire l'observation; et si, dans plusieurs des faits qui précèdent, on eût agi avec plus de promptitude, il est probable que l'on pourrait compter plus d'un semblable succès. Nous n'en voulons pour preuve que le cas suivant, où, bien que le fœtus fût entièrement passé dans la cavité abdominale, à travers la rupture du vagin, l'extraction prompte de cet enfant a sauvé la mère d'une perte presque certaine.

SEIZIÈME OBSERVATION (1).

Trente ans; quatrième grossesse; rupture du vagin; passage de l'enfant dans le ventre; extraction; guérison.

La femme qui a fait le sujet de cette observation, âgée de trente ans, de petite taille, d'une constitution grêle, mais d'ailleurs assez bonne, était enceinte pour la quatrième fois. Quand Douglass, médecin de l'hospice, la vit pour la première fois, il y avait huit heures que les eaux s'étaient écoulées, et depuis lors les douleurs de l'enfantement s'étaient succédées sans relâche. Quoique l'orifice de l'utérus fût passablement dilaté, la tête du fœtus ne s'engageait point encore. Dans une inquiétude continuelle, la malade ne cessait de se plaindre d'une vive douleur aux environs du pubis, de s'agiter, de tordre son corps, comme si elle eût éprouvé de violentes coliques; cependant le pouls était à peine troublé. Quand le méde-

(1) Archives de médecine, t. XV, p. 329.

cin revint quelques temps après, la sage-femme lui apprit que la malade avait perdu du sang par le vagin, mais non en assez grande quantité pour donner des craintes, que depuis deux heures le travail avait cessé, et que depuis lors elle était tourmentée par la soif et par des envies de vomir. La face est alongée et couverte d'une sueur froide, la respiration courte et pénible, le pouls extrêmement petit; cependant cette malheureuse se plaint peu, si ce n'est de douleur vers le pubis. On rencontrait au toucher un corps rond et mobile, mais sans aucun caractère qui pût le faire reconnaître. Le médecin le prit pour la tête du fœtus, sans en avoir toutefois la certitude. La malade était entre la vie et la mort; la seule chance de salut qui se présentât encore était dans la prompte terminaison de l'accouchement. Douglass, introduisant la main par la vulve, sentit fuir, en quelque sorte, devant ses doigts ce qu'il avait pris pour la tête du fœtus, et sa main entrer dans une cavité qui ressemblait à rien moins qu'à celle de la matrice; il ne tarda pas à reconnaître qu'elle était dans le ventre, dont la partie antérieure était occupée par l'enfant, et la postérieure par l'utérus contracté en un globe alongé. La version se fit sans difficulté, la tête seulement arrêtée un instant pour traverser le bassin. Mais l'arrière-faix était aussi passé dans l'abdomen, mêlé aux intestins, et agglutiné avec eux, il fallait de nouveau introduire la main pour aller l'en séparer : la chose fut assez facile. Pendant ces diverses manœuvres, Douglass crut reconnaître que la matrice était déchirée en travers à sa partie inférieure; il trouvait que ce viscère s'était contracté, après sa rupture, beaucoup plus qu'il n'aurait cru la chose possible en aussi peu d'heures. Après avoir

couru tous les dangers d'une *entérite* violente, la malade eut le bonheur de guérir. Quarante jours après, elle alla chez Douglass pour lui témoigner sa reconnaissance; il la pria de se laisser examiner par le docteur Osborn. Le vagin avait recouvré toute son intégrité; il ne restait pas de trace de l'accident qu'il avait souffert.

Nous terminerons cette série de faits, en rappelant une observation (1), dans laquelle, après le passage de l'enfant dans l'abdomen, on pratiqua l'opération de la gastrotomie; et le changement heureux qui s'opéra dans l'état de la malade fut tel, qu'on put espérer une guérison trop promptement démentie. Il s'agit d'une femme qui mourut vingt-neuf heures, ou environ, après la gastrotomie: tout annonçait qu'elle succomberait avant, ou pendant qu'on exécuterait cette opération, car elle était presque sans pouls, avait les extrémités froides, vomissait à chaque instant, se plaignait de douleurs insupportables à l'épigastre, et son ventre était élevé et tendu comme un ballon. Cependant les seules heures de calme et de repos qu'elle goûta après la rupture du vagin, qui avait permis à l'enfant de passer dans le bas-ventre, n'eurent lieu qu'à la suite de l'opération; ce changement fut tel, qu'on oublia un instant le danger que cette femme avait couru, pour se livrer à l'espoir de la conserver.

Essayons maintenant, à l'aide des faits que nous avons rapportés, et en nous étayant aussi des cas analogues que possède la science et que nous avons dû, à cause de cette même analogie, passer sous silence, de nous élever à l'histoire générale de notre sujet, et examinons successivement

(1) Recueil périodique, t. IV, p. 275.

la fréquence, les causes, les symptômes, le siége, le pronostic, les suites et le traitement de la rupture du vagin.

Nous avons déjà dit que, même en faisant la part des cas assez nombreux dans lesquels on a pris une rupture du vagin pour une rupture de matrice, cet accident n'est pas très-fréquent, comme l'attestent les écrits des accouchements les plus répandus, et les comptes-rendus des maisons spécialement consacrées aux femmes en couche. Cependant il n'est pas tellement rare, que chaque siècle n'en offre un certain nombre d'exemples; et si l'on considère, comme le dit M. Dezeimeris (1), la faible texture du vagin, et particulièrement de sa partie supérieure, par où il embrasse l'utérus, si l'on songe au degré d'extension qu'il éprouve chez un grand nombre de femmes enceintes ou en travail, au peu de soutien que lui fournissent les parties environnantes, loin de s'étonner qu'il puisse quelquefois se rompre, on sera surpris que cela n'arrive pas plus fréquemment.

Causes. Parmi les causes, les unes appartiennent à la mère, et ce sont les plus nombreuses, les autres sont relatives à l'enfant.

Au premier abord on serait porté à croire que les vices de conformation du bassin devraient être une cause fréquente de la rupture du vagin, et cependant l'expérience dément jusqu'à un certain point cette opinion. En effet, d'après les observations qui ont été rapportées, on a dû voir que toutes les femmes, une exceptée cependant, étaient accouchées plus ou moins heureusement depuis 3 et 4 jusqu'à 8 et même 9 fois. Toutefois nous possédons

(1) Archives de médecine, t. xv, p. 332.

quelques observations où cette cause a joué le plus grand rôle : ainsi, la femme qui fait le sujet de notre quatorzième observation, et chez laquelle la rupture du vagin s'opéra pendant le troisième accouchement, avait déjà eu deux couches très-laborieuses par suite d'un bassin mal conformé. Dans l'un des accouchements, l'enfant fut amené au moyen du forceps, et dans l'autre on fut obligé de se servir des crochets. Une autre observation plus probante encore est celle que nous devons à Boer (voyez observation 13e), et dans laquelle le diamètre sacro-pubien n'avait que deux pouces et neuf dixièmes. Bonet rapporte aussi une observation où l'étroitesse du bassin fut la cause de la rupture du vagin (1).

Au reste, nous répéterons ici un reproche que nous avons déjà adressé à ceux qui nous ont transmis des faits de rupture du vagin, c'est de ne pas avoir examiné avec soin la conformation du bassin chez les femmes qu'ils ont assistées en pareille circonstance. Mais si cette cause est ici peu apparente, nous verrons au contraire combien est grande l'influence d'un bassin mal conformé dans la production des ruptures de la matrice.

Les femmes qui ont déjà eu un certain nombre de grossesses, semblent plus disposées que les primipares aux ruptures du vagin. Du moins sur dix observations présentées avec assez de détails, à cet égard, une seule femme était primipare, et nous avons vu que chez elle l'étroitesse du bassin était telle que l'accouchement par les voies naturelles était impossible. Parmi les autres, deux étaient à

(1) Nuovo giornale della più recente litteratura medico-chirurgica d'Europa, t. v, p. 226.

leur troisième grossesse, une à la quatrième, une à la cinquième, une à la huitième, deux à la neuvième, et enfin une à la dixième. Cette cause agit sans doute en affaiblissant le vagin, par suite de distensions répétées, en écartant et alongeant les fibres qui le composent, et dont l'élasticité et la contractilité ne suffisent pas pour les ramener à leur état primitif, comme le prouve la largeur de ce canal chez les femmes qui ont eu un accouchement, et, à plus forte raison, chez celles qui sont devenues mères plusieurs fois.

L'âge des femmes paraît aussi avoir quelque influence sur l'accident dont nous parlons, car la plus jeune de celles dont nous avons rapporté les observations était à son cinquième lustre, et d'autres comptaient trente-un, trente-six et même quarante-six ans. Au reste, indépendamment de l'âge qui rend nos tissus moins extensibles, il est peut-être aussi besoin de tenir compte ici de l'influence des grossesses précédentes; en effet, parmi ces femmes, une âgée de trente-six ans avait déjà eu sept enfants, et une âgée de quarante-six ans était grosse pour la neuvième fois. Cette influence des accouchements précédents se fait également sentir avec force, dans ces cas où la rupture du vagin doit être attribuée à une obliquité plus ou moins grande de l'utérus. Car, pour que cet accident arrive, il faut que cette même obliquité soit portée à un point considérable, et elle ne peut arriver à un tel point qu'à la suite de grossesses nombreuses, qui distendent de plus en plus les parois abdominales, et produisent ce que l'on désigne sous le nom *de ventre en besace.* On voit encore par là qu'il ne peut guère y avoir que l'obliquité antérieure de la matrice qui soit capable de disposer à la

rupture du vagin ; et l'expérience est ici d'accord avec le raisonnement, car deux des cas de rupture rapportés précédemment doivent évidemment être attribués à une déviation de l'utérus ; et nous avons vu que c'est à une obliquité antérieure. Il est évident qu'ici la déchirure est la suite du tiraillement que le vagin et la matrice vers son col éprouvent, et de l'affaiblissement des tissus qui en résulte, ainsi que des contractions de la matrice, dont l'effet vient nécessairement se concentrer sur la partie du vagin qui forme le coude.

Malgré l'intérêt qui, avons-nous dit, devait, sous le rapport du traitement préservatif, se rattacher à une étude approfondie des causes capables de produire la rupture du vagin, nous ne saurions, sans sortir de la stricte observation, chercher à apprécier l'influence d'autres causes que celles qui nous sont démontrées par les faits que nous avons cités. Sans doute ceux que leur position mettra à même de rassembler un plus grand nombre d'observations que nous, auront à en signaler d'autres, dépendant de la mère, et à développer leur influence, comme l'étroitesse naturelle et accidentelle de la vulve ; les tumeurs sanguines de cette partie, survenant vers la fin de la grossesse ou au commencement du travail, un ramollissement gélatiniforme, comme on l'a observé pour l'utérus ; un large bassin avec une vaste capacité du bas-ventre, etc., etc. : mais quant à nous, nous renfermant dans les faits que nous connaissons, nous ne devons faire que les indiquer.

Si maintenant nous cherchons à apprécier quelles circonstances, dépendan de l'enfant, peuvent déterminer la rupture du vagin, nous verrons qu'elles se réduisent à

deux : 1° une mauvaise position; 2° un état anormal d'une ou de plusieurs de ses parties. Notre seconde observation nous offre un exemple du premier cas, et nous trouvons, dans le fait rapporté par M. Haime (dixième observation), une rupture dépendant des vices de conformation qu'offrait le fœtus, et principalement de son état hydrocéphalique.

A ces causes intérieures, s'il nous est permis de parler ainsi, il faut joindre celles qui viennent du dehors, et qui consistent en de fausses manœuvres, comme l'introduction de la main seule ou armée de crochets; l'application vicieuse du forceps; l'action de repousser dans la cavité de l'utérus une partie du fœtus qui en est sortie depuis assez de temps pour que la matrice, revenue sur elle-même, n'en permette plus la réintroduction. Le mémoire de M. Coffinières (1) renferme un assez grand nombre de faits, dans lesquels on ne peut accuser d'autres causes; et déjà Deburge avait fixé l'attention sur la dernière que nous avons indiquée. Giraud (2) de l'Hôtel-Dieu avait observé aussi qu'une cause fréquente se trouvait dans les fortes tractions que l'on faisait au pied du fœtus, lorsqu'il se présentait seul à l'orifice de la matrice. Enfin, Champion (3) a vu le vagin déchiré par la maladresse d'un accoucheur qui, voulant appliquer le forceps sur la tête de l'enfant placé en travers au-dessus du détroit supérieur, poussa devant lui la partie postérieure du vagin, et enfonça l'instrument dans l'abdomen; la femme succomba.

Symptômes. Au milieu du travail de l'enfantement :

(1) Recueil périodique, t. VI, p. 444.
(2) Dictionnaire en 60 volumes, t. LXI, p. 463.
(3) Ibid., p. 463.

contraction de la matrice plus forte ; douleur vive et de toute autre nature que les précédentes, se faisant sentir quelquefois à l'épigastre, et bien plus fréquemment au-dessus du pubis; sensation intérieure de déchirure ; écoulement d'une quantité plus ou moins grande de sang; changement de la forme de l'abdomen, disparition de la tête du fœtus que le doigt ne peut plus toucher ; cessation des contractions utérines, et par suite calme et état de bien-être qui cessent bientôt pour être remplacés par des faiblesses, des lipothymies, des douleurs vives dans une grande partie de l'abdomen, des nausées, enfin tous les accidents résultant, soit d'un hémorrhagie abondante, soit, et cela dans la généralité des cas, tous ceux qui accompagnent ordinairement une péritonite aiguë; tels sont les symptômes que l'on observe chez les femmes atteintes de rupture du vagin pendant l'accouchement.

Après cette exposition rapide des symptômes que l'on observe ordinairement dans le fâcheux accident qui nous occupe, reprenons-les un à un, pour les étudier d'une manière plus complète.

Comme le démontrent les observations que nous avons rapportées, toutes les femmes ont éprouvé, au moment où les fibres du vagin se sont déchirées, une douleur vive tellement différente de celles qui résultent de la contraction de la matrice, que pas une d'elles n'a manqué d'en exprimer la différence par une exclamation particulière ; il faut cependant en excepter la femme dont parle Boer (treizième observation), et chez laquelle la rupture du vagin fut précédée d'une désorganisation telle des tissus qui composent ce canal, que toute sensation douloureuse devait être et fut en effet abolie. L'une de ces malheu-

reuses s'écrie que la sage-femme qui l'assiste *l'a blessée* (neuvième observation); l'autre, que de huit enfants qu'elle avait eus, jamais aucun ne lui avait causé des douleurs si piquantes, et qu'elle ressent une douleur qu'elle ne peut définir (septième observation); une troisième dit qu'il lui semble que la dernière douleur a porté contre la matrice elle-même (douzième observation); une quatrième, que cette dernière douleur lui a déchiré les entrailles (troisième observation); enfin, il n'en est pas qui n'ait éprouvé, en ce moment, quelque chose d'extraordinaire.

D'après des faits aussi constants, nous ne saurions trop engager les accoucheurs à accorder toute l'importance qu'elles méritent à ces sensations insolites et particulières des femmes, car si elles ne suffisent pas pour annoncer positivement une rupture du vagin, elles sont cependant de nature à éveiller toute leur attention ; et nous avons vu plus haut que c'est pour ne pas avoir été bien pénétré de cette vérité, que Thibault, de Rouen, commit une fâcheuse méprise, méprise dont nos annales attestent la fréquence. On devra donc toujours, en pareil cas, se hâter de toucher la femme avec soin et avec beaucoup de précaution, afin de remplir immédiatement les indications thérapeutiques qui se présentent.

Cette douleur insolite qu'éprouvent les femmes, est presque immédiatement suivie d'un écoulement de sang plus ou moins abondant, selon les parties intéressées dans la rupture. Cette rupture a pour siége seulement une étendue plus ou moins grande des parois du vagin, l'hémorrhagie est rarement abondante; mais il n'en est pas de même quand elle occupe tout à la fois et ce canal et le

col de la matrice. Ainsi, dans l'observation que nous devons à Ponteau (cinquième observation), il y eut un écoulement de sang très-abondant, et qui plongea la malade dans une faiblesse extrême. Veslingius (1) a observé un cas semblable.

Presque en même temps que le sang coule au dehors en plus ou moins grande quantité, les femmes sentent une boule s'élever dans le ventre, et l'accoucheur en palpant l'abdomen trouve sa forme changée, et sa main perçoit des inégalités dues aux parties saillantes de l'enfant passé dans la cavité abdominale. Toutefois ces symptômes ne sont pas constants, car, comme l'établissent plusieurs observations rapportées plus haut, le passage de l'enfant dans la cavité de l'abdomen n'est point une conséquence nécessaire de la rupture du vagin, et même, ainsi que le démontre l'observation de M. Jugeby (observation troisième), l'enfant peut passer entièrement dans le ventre, sans que la forme de cette partie et son volume soient changés, et sans que la main perçoive à travers ses parois la moindre saillie. Mais ces cas sont rares et doivent être considérés comme des anomalies.

Les choses étant dans cet état, si l'accoucheur veut de nouveau toucher la tête de l'enfant par le vagin, son doigt ne la rencontre plus, ou ne la touche qu'avec difficulté. Ce symptôme a été observé dans tous les cas où le fœtus était passé dans la cavité abdominale. (Voyez les observations 4e, 5e, 6e et 12e.)

La cessation des contractions utérines est une suite nécessaire du passage partiel ou total de l'enfant dans l'ab-

(1) Encyclopédie méthodique, partie chirurgicale, t. II, p. 463.

domen, et nous pensons que les cas dans lesquels ces contractions ont persisté, quoiqu'à un degré plus faible, sont ceux dans lesquels l'expulsion du placenta n'a pas eu lieu en même temps que celle du fœtus.

Nous avons vu d'une autre part que presque toujours, soit la totalité, soit seulement le tronc de l'enfant pénétrait dans la cavité abdominale, après la rupture du vagin, et d'une autre part cette même rupture était constamment accompagnée d'un écoulement de sang, qui, mêlé aux eaux de l'amnios, non-seulement s'épanche au dehors mais encore dans le ventre; eh bien! ce sont ces liquides et le fœtus devenus corps étrangers qui donnent lieu au développement des autres symptômes que nous avons énumérés, et que l'on peut considérer comme consécutifs. Ils résultent et de l'hémorrhagie et de la péritonite qui se manifeste plus ou moins promptement. Ces symptômes sont la faiblesse, les défaillances, les douleurs dans tout l'abdomen, les nausées, les vomissements, les sueurs froides, etc., etc.

Les symptômes que nous venons de passer en revue, sont les plus importants à étudier, par cela même qu'ils ont été observés dans tous les cas de rupture du vagin. Mais il en est d'autres qui, quoique se présentant plus rarement, n'en méritent pas moins d'être indiqués ici. Ainsi, on a quelquefois observé l'issue des intestins à travers la rupture; des vomissements de matières fécales, soit que ces vomissements dépendissent d'un étranglement intestinal entre les lèvres de la rupture, ou de la compression du rectum par la tête de l'enfant; la rétention d'urine qui a nécessité le cathétérisme; la sensation d'un corps pesant qui tombe d'un côté sur l'autre, quand la mère change

de position; un écoulement plus abondant de sang et de liquides dans la situation verticale.

Siége. Si maintenant nous examinons tout ce qui a rapport à la rupture considérée en elle-même, nous verrons que, huit fois sur douze au moins, elle a son siége à la partie supérieure et postérieure du vagin; que, dans le reste des cas, elle est antérieure en se prolongeant plus ou moins à droite ou à gauche; que son étendue varie depuis trois jusqu'à cinq et même six pouces; qu'elle peut être longitudinale, mais que le plus ordinairement elle est dirigée transversalement, et a presque toujours lieu à l'union ou très-près de l'union du vagin avec le col de l'utérus; qu'elle peut être bornée au tissu même du vagin, ou s'étendre à celui du col utérin; enfin, que ses bords, quelquefois lisses, sont le plus ordinairement inégaux et frangés, à moins que, comme dans notre troisième observation, il n'y ait en quelque sorte décollement du bord supérieur du vagin d'avec le museau de tanche. Eh bien! si on se rappelle la structure anatomique du vagin, on s'expliquera facilement pourquoi ces ruptures ont lieu plutôt en avant et surtout en arrière que sur les parties latérales. En effet, les parois du vagin, minces dans les points qui correspondent à la vessie et au rectum, sont au contraire épaisses et comme renforcées par une ligne raphoïde dans les parties latérales.

Pronostic. Si le lecteur a présentes à l'esprit les suites fâcheuses de presque toutes les observations que nous avons consignées dans ce travail, il se convaincra facilement de la gravité du pronostic d'un tel accident. C'est à peine si nous pouvons citer deux ou trois faits, dans lesquels la mère ait échappé aux dangers nombreux qui la

menaçaient. Nous avons vu, en effet, que parmi ces femmes, quelques-unes ont succombé au bout de quelques heures; le plus grand nombre, au deuxième ou au troisième jour; et une seule au quarante-sixième.

Quant à la cause de la mort, l'autopsie est venue confirmer ce qu'il était facile de prévoir, c'est-à-dire que l'inflammation du péritoine, produite par l'épanchement du sang et des eaux de l'amnios dans l'abdomen, et le passage de l'enfant dans cette même cavité, devaient, dans le grand nombre des cas où la mort n'est pas immédiate, faire périr les malades.

Traitement. Nous voici, maintenant qu'il s'agit de poser les bases du traitement, arrivé à la partie la plus difficile et la plus importante de notre travail. Elle devra se composer non-seulement de l'exposé des moyens propres à soustraire la femme aux dangers dont elle est menacée après la rupture du vagin, mais encore de celui relatif aux précautions à prendre avant ou pendant l'accouchement pour prévenir ce fâcheux accident. C'est sur la connaissance exacte des causes que devraient reposer les règles du traitement prophylactique; mais malheureusement, comme nous l'avons vu, si dans quelques cas on a pu remonter à la connaissance de la cause probable de l'accident après l'événement, il en est un bien plus grand nombre où on est resté à cet égard dans une ignorance complète. Cependant nous sommes bien convaincu que, dans plusieurs des faits rapportés précédemment, on eût pu, par certaines manœuvres, prévenir la rupture, si les personnes qui assistaient les femmes en travail avaient été bien pénétrées de la possibilité de cet accident, par suite d'une position ou d'une organisation vicieuse de l'enfant, et par

suite d'une déviation considérable de l'utérus; et c'est cette conviction qui nous engage à revenir ici sur les causes prédisposantes de cette déchirure, persuadé que cette répétition ne sera pas sans quelque utilité.

Nous avons vu que les vices de conformation du bassin pouvaient être cause de la rupture du vagin. De là, la nécessité, comme on le fait à l'hospice de la Maternité et dans les amphithéâtres de quelques professeurs particuliers d'accouchements, de bien s'assurer lors du premier toucher, au moment où le travail commence, et même plus tôt s'il y avait possibilité, de la disposition des parties et surtout de la conformité du bassin. Bien des accidents auraient pu être prévenus par cette précaution, et comme preuve nous citerons l'observation rapportée par Boer. Si cet accoucheur célèbre se fût bien convaincu du resserrement du détroit supérieur du bassin, dans son diamètre antéro-postérieur, eût-il laissé s'engager un travail qui ne pouvait se terminer heureusement par les seules forces de la nature, et n'aurait-il pas, au contraire, cherché à prévenir tout accident, en pratiquant une opération soit sur la mère, soit sur l'enfant?

Toutes les fois donc que l'accoucheur aura des doutes sur la bonne conformation du bassin, et *à fortiori*, si, dans les accouchements précédents, on a été obligé de recourir à l'emploi des crochets, comme dans l'observation du D. Birch; il devra se tenir sur ses gardes et être prêt à pratiquer telle opération que les circonstances pourraient nécessiter. Nous savons bien que souvent la nature seule est parvenue à terminer des accouchements que l'on regardait comme impossibles, mais ces cas sont trop rares pour faire loi, et pour quelques mères et quel-

ques enfants qui ont pu par là échapper à une opération, combien de sujets ont péri victimes d'une fâcheuse expectation.

C'est ici le lieu de faire remarquer qu'il ressort des observations que nous avons rapportées, que ce n'est que 36, 48 heures et même plus, après le commencement du travail, que la rupture du vagin s'est opérée ; d'où il est permis de croire que, parmi les femmes qui ont succombé, plusieurs auraient pu échapper à la mort, si elles eussent été assistées par des personnes plus instruites et qui auraient surveillé attentivement la marche du travail. Cette surveillance, au reste, est même nécessaire chez les femmes que des accouchements précédents terminés heureusement sembleraient mettre à l'abri de tout accident ; c'est ce que prouvent plusieurs de nos observations.

L'obliquité de la matrice, avons-nous dit, a été plusieurs fois cause de la rupture du vagin. Ici l'indication se présente d'elle-même. Mais comme une obliquité, pour faciliter un pareil accident, doit être portée à un très-haut degré, il ne faut pas espérer pouvoir la faire disparaître à l'époque seulement de la parturition, et on doit, au contraire, s'attacher à la combattre dès les premiers mois de la grossesse, au moyen d'un appareil approprié.

Quant à ce qui concerne les positions vicieuses de l'enfant, l'hydrocéphale et la plupart des autres causes prédisposantes que nous avons indiquées, tout homme qui se livre aux accouchements doit connaître parfaitement les indications qui se présentent en pareil cas, et nous croyons ne devoir pas entrer à ce sujet dans des détails, qui sont plutôt du ressort d'un traité complet sur les ac-

couchements, que de celui d'un mémoire sur le sujet qui nous occupe. Aussi nous allons nous hâter d'arriver à l'indication des divers moyens qu'il faut employer quand la rupture a eu lieu.

Si le plus ordinairement le fœtus passe dans l'abdomen aussitôt après la rupture du vagin, il est cependant des cas, assez nombreux encore, dans lesquels ce passage n'a point lieu. On conçoit facilement de quelle importance il est ici de délivrer aussitôt la femme, soit en opérant la version, soit en appliquant le forceps, soit enfin en perforant le crâne. Ces deux derniers moyens devront être préférés à la version toutes les fois qu'il existera un rétrécissement des diamètres du bassin, ce qui rendrait la manœuvre difficile. Dans le cas contraire, la version sera toujours indiquée, puisque plusieurs des observations consignées dans ce mémoire attestent qu'elle n'est pas très-difficile à faire.

Lorsqu'une partie seulement du fœtus a passé dans la cavité abdominale, l'indication reste la même, et on doit se hâter de saisir celle qui est encore renfermée dans le vagin, pour en faire l'extraction.

Enfin, nous arrivons aux cas où l'enfant tout entier se trouve renfermé dans l'abdomen. Ici, si l'indication reste la même et est plus pressante encore, il n'est pas toujours également facile de la remplir. Deux circonstances surtout apportent de grandes difficultés, c'est d'une part l'éloignement de la tête du fœtus de l'ouverture accidentelle du vagin, et d'une autre part l'issue des intestins toujours prête à se faire par cette même ouverture. M. Dupuytren eut beaucoup de peine à vaincre cette difficultés qui rendit son opération longue et très-douloureuse

Heureusement ces circonstances fâcheuses sont loin d'être constantes, et l'expérience a démontré qu'on a pu quelquefois délivrer les femmes avec assez de facilité. De plus il est permis de croire que, si cette délivrance était opérée de suite ou peu de temps après l'accident, on pourrait sauver quelques femmes, car nous avons vu que, dans plusieurs cas, la mort n'était survenue que le deuxième ou le troisième jour, et même le quatrième. Notre seizième observation en est une preuve.

Nous ne croyons pas qu'il soit possible, dans l'état actuel de la science, de déterminer les cas où il faut recourir à la gastrotomie. Cependant on peut dire que cette opération se trouvera indiquée dans les cas : 1° où la main ne pourra saisir l'enfant, tombé dans la cavité abdominale ; 2° où les intestins, sortis à travers la rupture, rempliront le vagin et ne pourront être refoulés dans le ventre ; 3° toutes les fois qu'il faudra employer trop de force pour tirer le fœtus à travers la déchirure ; 4° enfin, lorsque l'étroitesse du bassin sera telle que le passage de l'enfant à travers sa filière sera jugé impossible.

Dans le premier cas, on conçoit que la femme resterait exposée aux plus graves accidents par suite du séjour de l'enfant dans l'abdomen, circonstance bien plus fâcheuse que la rupture elle-même. Pour le second, nous avons vu que, dans l'observation de M. Dupuytren, l'extraction de l'enfant, sans cesse empêchée par la présence des intestins qu'il fallait continuellement réduire, ne fut terminée qu'au milieu des plus violentes douleurs, et promptement suivie de la mort. Pour la troisième circonstance, ce n'est que d'après la théorie que nous avons prévu les ac-

cidents qui suivraient sans doute de semblables tentatives; mais nous avons pour nous l'opinion d'un homme expert, celle de Boer, qui pense qu'il serait préférable de pratiquer la gastrotomie, plutôt que de courir le risque d'augmenter la déchirure par des tractions trop fortes. Quant à la quatrième, nous ne connaissons pas de faits qui s'y rapportent; mais nous pensons qu'elle serait rigoureusement indiquée. Nous verrons au reste, en parlant des ruptures de la matrice pendant l'accouchement, que cette opération n'a pas des suites aussi graves qu'on pourrait être porté à le croire, et déjà nous avons vu, par l'observation de Chevreuil, que la gastrotomie ne semble pas ajouter à la gravité de l'accident dont nous nous occupons maintenant, et que ce fut après l'opération que la malade éprouva les seuls moments de calme et de repos dont elle a joui.

Mais quelle que soit l'opération à laquelle l'accoucheur croie devoir donner la préférence, d'après les circonstances qui se présentent à lui, il doit y recourir dans le plus bref délai, chaque minute qui s'écoule diminuant les chances du succès. Il doit agir promptement et lorsque l'enfant n'est pas encore passé dans l'abdomen, parce que le moindre mouvement, la plus légère contraction de la matrice peut suffire pour l'y faire pénétrer, et lorsque ce passage a eu lieu, parce que plus le fœtus restera en contact avec le péritoine et les intestins, et plus on aura à redouter le développement d'une péritonite intense. De plus, ses soins ne doivent pas se borner à opérer cette extraction, il doit encore prévenir ou combattre, par des moyens énergiques, cette inflammation aiguë du péritoine, qui enlève la presque totalité des femmes, à la

suite de la rupture du vagin, que l'enfant soit ou non extrait de la cavité abdominale.

Ajoutons, en terminant, que, dans une des observations rapportées dans ce mémoire, nous avons fait remarquer que la position verticale de la femme facilitait, à travers la déchirure vaginale, la sortie des liquides épanchés dans le ventre, et que de ce fait semble découler le précepte d'avoir recours à cette position après l'extraction de l'enfant. Peut-être pourrait-on espérer, par là, affaiblir les causes toujours imminentes de la péritonite.

Quant au placenta, nous ne croyons pas que les faits que nous avons rapportés puissent donner lieu à des indications particulières. En résumant à cet égard les observations où il est question de cet organe, et qui sont au nombre de dix, nous trouvons, qu'une fois son extraction s'est faite aussi facilement que celle du fœtus, celui-ci n'étant pas passé dans l'abdomen (1re obs.); qu'une fois encore il fut extrait aisément, quoique contenu en partie dans le vagin et en partie dans la cavité abdominale (2e obs.); que quatre fois, à l'autopsie, on l'a trouvé avec le fœtus passé dans cette cavité (3e, 4e, 5e et 7e obs.); qu'une fois, bien que le fœtus fût déjà tombé dans le ventre, il a naturellement été expulsé au dehors (6e obs.); enfin qu'on l'a extrait facilement, à travers la déchirure, dans trois cas, où il était passé dans l'abdomen avec le fœtus (12e, 14e, et 15e obs.).

(La suite à un des prochains numéros.)

LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE.

ANALYSES D'OUVRAGES.

Histoire de la cicatrisation, de ses modes de formation, et des considérations pathologiques et thérapeutiques qui en découlent, thèse soutenue au concours pour l'agrégation, à l'École de médecine de Montpellier, le 17 février 1836; par F. G. L. Lafosse, professeur agrégé à la Faculté de Montpellier.

Les thèses des concours sont ordinairement des productions éphémères qui se ressentent de la précipitation et des vives émotions morales qui ont présidé à leur composition. On doit les considérer plutôt comme des ébauches propres à donner une idée du savoir et de la capacité de leurs auteurs, que comme des œuvres complètes destinées à prendre place dans la science. Comme elles ne contiennent, en général, qu'une exposition de l'état actuel de nos connaissances sur tel ou tel point de la science que le hasard a déterminé, la critique a rarement à s'exercer sur elles. Il arrive cependant quelquefois, et nous en avons aujourd'hui un exemple, qu'on y trouve des idées neuves et originales.

Avant de faire connaître les opinions qui lui sont propres sur la physiologie de la cicatrisation, M. Lafosse passe en revue celles qui ont été émises par les différents auteurs qui se sont occupés de cette question, et il s'étonne, tout d'abord, de trouver une si grande divergence

de sentiments sur un phénomène si apparent. En effet, bien que le travail de la cicatrisation s'accomplisse journellement à découvert sous nos yeux, qu'il semble facile d'en suivre pas à pas, d'en rendre sensibles à la vue et au toucher toutes les phases, toutes les métamorphoses; sa nature n'en a pas été pour cela mieux connue des auteurs, et, malgré les travaux modernes, sur plusieurs points importants on est encore loin de s'entendre. Il serait facile d'étendre ces réflexions, et de montrer combien il y a peu de vrai dans cette croyance vulgaire qui, se fondant sur ce que la plupart des lésions dont s'occupe la chirurgie sont extérieures, attribue à ses théories un degré d'évidence et de certitude qu'elle refuse à la médecine. Mais revenons à notre sujet.

La partie historique du travail de M. Lafosse pourrait être l'objet de quelques reproches; ainsi, nous lui demanderions volontiers pourquoi il débute par le récit des opinions d'Empédocle sur la nature du sang, des tendons, des nerfs, sur celle des chairs, qu'il regardait comme formées des quatre éléments, etc., toutes choses parfaitement étrangères à son sujet, pour franchir ensuite vingt siècles d'une enjambée, et passer sans transition d'Empédocle à Ambroise Paré? M. Lafosse étant élève d'une école qui s'honore à juste titre de conserver fidèlement les traditions hippocratiques, qui a inscrit au frontispice de ses amphithéâtres : OLIM COUS NUNC MONSPELLIENSIS HIPPOCRATES, on devait s'attendre à voir rappeler quelques-unes des idées que le père de la médecine a répandues dans ses livres *des prédictions*, *des lieux dans l'homme*, *des fractures*, *etc.*, non point sur la théorie de la cicatrisation, car il y a peu de théories dans ses écrits,

mais sur tout ce qui peut accélérer ou retarder la guérison des plaies.

Ces citations auraient occupé dans la thèse de M. Lafosse une place plus naturelle que les rêveries du disciple de Pythagore. Au reste, nous ne voulons pas donner à ces observations plus d'importance qu'elles n'en méritent, et peut-être avons-nous eu tort de nous y être appesanti trop long-temps.

Dans un examen rapide des opinions des modernes sur le mode de formation des cicatrices, l'auteur fait remarquer l'importance du rôle qu'ils font jouer à l'inflammation : ils la regardent presque tous comme indispensable. Cependant, vers la fin du siècle dernier, J. Bell, dans son traité des plaies, établit que l'adhésion, bien loin d'avoir constamment l'inflammation pour auxiliaire, oppose souvent une barrière insurmontable à ses progrès, et de là le précepte, si généralement suivi en Angleterre, de la réunion immédiate. Si le professeur Delpech a dit, dans son Traité des maladies réputées chirurgicales, « que l'inflammation est la condition commune que » la nature cherche à établir pour opérer la réunion des par- » ties divisées contre l'ordre naturel, » il s'est plus tard appliqué, dans sa Chirurgie clinique et dans ses leçons, à démontrer que les cas où l'adhésion s'effectue de la manière la plus prompte et la plus parfaite sont ceux où il y a absence complète d'inflammation. Mais dans toutes les réunions par seconde intention, l'illustre professeur de Montpellier a toujours admis la nécessité de l'inflammation, qu'il définit : *un effort plastique, anormal et local, de l'organisme.* Ainsi, d'après lui, c'est l'organe pyogénique, c'est la pseudo-membrane que *l'inflammation sup-*

purative a formé, qui prend l'organisation fibreuse et devient la cicatrice. Les mêmes idées ont été reproduites par M. Serres.

Quant à M. Lafosse, que la cicatrisation soit immédiate ou secondaire, elle est constamment pour lui un acte physiologique, analogue à la nutrition ; c'est, pour nous servir de ses expressions, une fonction dont la cicatrice est le produit. Il demande sur quoi l'on se fonde pour faire intervenir l'inflammation dans la formation du tissu inodulaire. Est-ce sur l'exaltation locale des propriétés vitales, sur l'élévation légère de la température, l'injection capillaire et l'augmentation de la sensibilité? Mais tous ces phénomènes ne se reproduisent-ils pas à chaque instant sous l'influence des passions? Y-a-t-il inflammation dans les joues que la pudeur échauffe et colore? L'érection qui rougit et gonfle les parties génitales les enflamme-t elle? L'utérus est-il enflammé dans la grossesse? L'expression, *inflammation adhésive,* exprime selon lui une idée tout aussi fausse que le ferait celle-ci, *inflammation digestive.* La cicatrisation est un acte physiologique, indépendant de l'inflammation, et lorsqu'elle *s'y* mêle, bien loin de la considérer comme un auxiliaire utile, il ne voit en elle qu'un accident, qui, survenu au milieu du travail réparateur, peut le troubler et le suspendre. Il donne en preuve une observation empruntée à la clinique de Dupuytren, dans laquelle un érysipèle, ayant envahi une plaie presque fermée, détruisit la cicatrice, qui ne put se reproduire qu'après que l'érysipèle eût entièrement disparu.

Cette observation est-elle bien choisie? nous ne le pensons pas, et nous sommes étonné que M. Lafosse ait

pu y voir une objection sérieuse contre l'opinion qu'il combat. Ses adversaires ne pourront-ils pas lui dire que personne n'a jamais prétendu que l'inflammation, qui, d'après les idées généralement reçues, constitue la première période du travail de la cicatrisation, dût-être portée au point d'amener la désorganisation des parties ; elle doit être contenue dans de certaines limites, et voilà pourquoi on emploie tantôt les antiphlogistiques et tantôt les irritans. Que fait-on lorsque l'on promène le caustique sur la surface d'une plaie qui languit, lorsque l'on évide ses bords, lorsque l'on cautérise le trajet d'un canal fistuleux? N'est-ce pas l'inflammation déterminée par l'injection alcoolique qui produit l'adhésion dans l'opération de l'hydrocèle? Les adhérences pleurétiques ne sont-elles pas un produit de l'inflammation? M. Lafosse répond que ces adhérences sont un travail médicateur que la nature emploie pour enrayer l'inflammation séreuse. La réponse peut paraître spécieuse, mais nous doutons qu'elle soit trouvée péremptoire.

Nous ne voulons certainement pas attaquer la définition de l'auteur : La *cicatrisation est une fonction dont la cicatrice est le produit*; mais nous ne voyons pas en quoi elle repousse le concours de l'inflammation. Ne peut-on pas dire aussi que la maladie est une fonction accidentelle dont le but est la guérison ou l'expulsion de la cause morbifique. *Natura medicatrix* : c'est une sentence de la doctrine hippocratique, que sans doute M. Lafosse ne repoussera pas; pourquoi l'inflammation ne serait-elle pas le moyen employé par la nature pour ramener les parties divisées à leur condition normale? Elle est un état pathologique dites-vous; mais le vomissement, la diarrhée,

sont bien aussi des états morbides que la nature fait tous les jours servir de moyen curatif.

Au reste, on a tant abusé, depuis quelques années, du mot inflammation, on lui a donné tant de significations diverses, qu'il a fini par ne plus en avoir de précise, et nous croyons, avec un célèbre professeur, qu'on ferait bien de le rayer du langage médical.

Après avoir repoussé toute participation de l'inflammation dans l'acte de l'adhésion, l'auteur décrit les phénomènes qui se succèdent dans la formation de la cicatrice. Il admet que la circulation se rétablit entre les parties divisées par l'intermédiaire de petits vaisseaux qui s'organisent dans le tissu nouveau. A l'appui de cette opinion que nous partageons entièrement, il cite les expériences de Richerand, de Duhamel, et les faits déjà nombreux de Rhinoplastie. Comme surcroît de preuve, il rappelle l'observation si connue et si peu authentique de Garengeot, mais dont il ne doute pas, pour sa part, le moins du monde; nous avouons que notre foi n'est pas aussi robuste, et lorsqu'une partie cartilagineuse comme le nez a été totalement séparée du corps de l'homme, nous ne croyons, ni à la réalité, ni à la possibilité de sa réunion, quelque parfaite d'ailleurs et quelque prompte que l'on suppose la juxta-position. Mais comment se forment ces petits vaisseaux? Sont-ce des globules sanguins, qui, répandus au milieu de la substance qui doit former la cicatrice, se rapprochent, se confondent, forment des colonnes, s'enveloppent de parois et vont ensuite s'anastomoser avec les vaisseaux divisés; ou bien sont-ils formés, comme le prétend M. Gendrin, par l'allongement

des vaisseaux préexistants? M. Lafosse ne se prononce pas entre ces deux hypothèses.

Il admet aussi dans le tissu inodulaire l'existence des nerfs et des vaisseaux lymphatiques: « L'organe réparateur, dit-il, est formé des éléments constitutifs de toutes » les parties du corps, il naît et se développe d'après les » lois ordinaires de l'organogénésie. »

Poursuivant l'étude de la cicatrisation dans les tissus membraneux, musculairs, osseux, etc., il la voit partout uniforme dans sa marche, et n'y trouve de différence essentielle que celle qui est nécessitée par la différence de vitalité des organes.

Après avoir étudié l'organisation de la cicatrice, l'avoir suivie dans toutes les périodes de son développement, l'auteur passe à l'examen de toutes les circonstances de temps, de climat, d'âge, de sexe, de tempérament, de santé, et de maladie, qui peuvent contrarier ou favoriser l'exercice de la fonction nouvelle qui s'accomplit dans les tissus divisés.

Cet examen est très-clair, très méthodique, aucune circonstance n'est oubliée; peut-être ne sont-elles pas toutes assez approfondies: mais il y aurait de l'injustice à exiger d'un travail de concours, qui est toujours fait avec précipitation, au milieu des impressions les plus vives, les mêmes développements qui devraient se trouver dans une œuvre longuement élaborée dans le calme d'esprit le plus parfait. Il doit suffire, dans une œuvre de ce genre, que les idées principales y soient sommairement exposées; voilà pourquoi nous ne reprocherons pas à M. Lafosse de s'être contenté de nous dire que l'éréthisme nerveux, les affections bilieuses, catarrhales, les

divers exanthèmes, etc., peuvent être un obstacle au travail de la cicatrisation, et de n'être pas entré dans de plus longs détails à ce sujet. Ces propositions peuvent être facilement déduites de tout ce qui a été dit dans le cours de l'ouvrage ; nous exprimerons seulement le regret que M. Lafosse n'ait pas traité avec quelques développements des obstacles que l'hydropisie oppose à la cicatrisation. *Hydropici, ulcera in corpore orta, non facilè sanantur*, a dit Hippocrate. Nos auteurs se sont contentés de voir l'observation clinique justifier tous les jours l'aphorisme du père de la médecine, mais ils n'ont pas poussé plus loin leurs investigations ; l'histoire approfondie de la marche et de la cicatrisation des plaies dans l'anasarque serait pourtant, ce nous semble, un sujet d'intéressantes recherches.

Dans l'examen de l'influence des maladies, l'auteur fait choix de la classification de M. Golfin ; les huit éléments généraux et les treize éléments spécifiques admis par ce professeur sont pour lui le résultat rigoureux de l'analyse clinique ; toutes les maladies lui paraissent renfermées dans ce cadre nosologique : une discussion sur la doctrine des éléments nous mènerait trop loin de notre sujet, nous ne l'entreprendrons pas ; nous ne rappellerons pas le discrédit dans lequel cette doctrine est tombée, et les nombreuses critiques qui en ont été faites. Bien que M. Golfin ait réduit à 21 le nombre des états élémentaires morbides, ce nombre de 21 pourra paraître à plusieurs arbitrairement déterminé. On pourra demander si les éléments vermineux, cholérique, etc., ne figureraient pas tout aussi bien sur sa liste que l'élément rubéolique, etc., etc.

M. Lafosse partage toutes les idées de Delpech sur

l'importance de la réunion immédiate et de la suture. C'est une opinion qui sera commune à tous ceux, qui, comme nous, auront eu le bonheur de suivre la clinique de cet illustre professeur, qui auront été témoins des nombreux succès qu'il obtenait par ce moyen, et qui auront entendu les belles leçons auxquelles ces succès servaient de texte.

Nous terminerons ici l'examen de la thèse de M. Lafosse : cette thèse est remarquable sous plus d'un rapport ; elle contient des vues ingénieuses et nouvelles. Les idées y sont exposées avec talent, avec méthode, avec clarté. L'auteur est sorti victorieux de son concours, c'est un succès qui lui était dû, et dont nous nous plaisons à le féliciter.

A. Rozier.

REVUE ANALYTIQUE ET CRITIQUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE FRANÇAIS.

Maladies vénériennes. — Onctions mercurielles contre les engelures et la tumeur lacrymale. — Entozoaires dans le choléra. — Action du tannin pur. — Hémorrhagie intermittente. — Urine chyleuse, d'un aspect laiteux. — Traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs.

Gazette médicale (Février 1837).

Observations et réflexions pratiques sur différentes questions relatives à l'histoire des maladies vénériennes; communiquées par M. le docteur Malvani, de Turin. La réunion de médecins, qui a eu lieu à Nantes pour discuter la valeur des

doctrines nouvelles sur la nature et le traitement de la syphilis, peut être considérée naturellement comme un appel fait aux médecins qui ont eu occasion de voir et de traiter un certain nombre de ces maladies; je m'empresse donc de vous adresser, M. le rédacteur, les observations suivantes, fruit d'une longue pratique dans le traitement de ces affections.

1° Je suis de l'avis de ceux qui pensent que les symptômes de la syphilis ne se développent jamais que par contagion ou hérédité.

2° S'il est quelquefois difficile de distinguer les ulcères, les bubons, les écoulemens blennorrhéiques, effets de causes locales ordinaires, de ceux qui sont l'effet de la contagion ou de la transmission du virus syphilitique, je crois qu'un praticien un peu exercé peut, dans les cas les plus douteux, donner un jugement motivé au bout de quelques jours d'un traitement simple.

3° J'admets donc, et je tiens pour certaine la présence d'un virus, d'un agent délétère, qui produit, par son application locale et par son absorption, toute la série des symptômes, soit primitifs, soit secondaires, de la maladie syphilitique (1).

4° Il sera encore long-temps difficile d'obtenir par l'observation la preuve entière et définitive de l'identité ou de la non identité du virus syphilitique, qui se manifeste par des chancres et des bubons, de celui qui se manifeste par un écoulement blennorrhagique; le fait est que l'inocula-

(1) J'entends par virus une matière, une substance, un venin, qui, quoique inappréciable par nos moyens d'investigation, donne la certitude de son existence par les effets toujours identiques qu'il détermine. Il en est du virus syphilitique comme du virus rabiéique ou variolique, que personne, excepté quelques beaux esprits, n'a jamais cherché à constater.

tion de celui-ci ne produit pas de chancres ; que les bubons qui surviennent pendant le cours des gonorrhées suivent les périodes des engorgements phlegmoneux ordinaires des glandes inguinales, et loin d'exiger un traitement spécial, ils dégénèrent, surtout sous l'influence des préparations mercurielles, en ulcères sinueux et de mauvaise nature : bien plus, le pus des chancres, en séjournant entre le prépuce et le gland, donne souvent lieu au développement de nouveaux boutons et de nouveaux chancres, tandis que la matière gonorrhéique produit des excoriations, mais jamais de chancres.

5° L'observation que je vais relater m'a fourni la première preuve entière, et sans réplique, que l'absorption du virus syphilitique peut avoir lieu sur un individu sain, communiquant avec un malade, sans la manifestation d'aucune affection locale primitive, ou, comme l'on dit, que la *vérole peut s'attraper d'emblée.*

Obs. I. — Un de mes collègues et intime ami, prisonnier de guerre en Portugal depuis quatre ans, fut transporté en Angleterre vers la fin de 1812. Un mois et demi après notre débarquement, il lui survint des douleurs ostéocopes nocturnes au tibia droit et à la clavicule gauche ; un testicule se gonfla ; une cicatrice au pied s'ouvrit, et donna lieu à un ulcère de mauvaise apparence. Ces graves affections morbides se dissipèrent complètement sous l'influence d'un traitement mercuriel, sans récidive ; mon ami n'avait jamais eu aucun symptôme syphilitique même douteux aux parties génitales ; et c'est avant de tomber entre les mains de l'ennemi (par conséquent près de cinq ans), qu'il avait eu des rapports avec une femme publique de Madrid, sans en avoir rapporté aucun indice d'infection.

6° Une personne, en apparence bien portante, ayant

contracté autrefois la maladie syphilitique, et ne présentant actuellement aucun signe extérieur de cette affection, peut-elle, par une longue cohabitation avec une personne saine, lui communiquer d'*emblée*, sans affection locale aux parties sexuelles, la maladie syphilitique? Plusieurs faits observés dans ma pratique semblent répondre par l'affirmative, et venir à l'appui de l'opinion qu'ont émise à la réunion de Nantes MM. Pallois, Gely, Sollion, etc.

Obs. II. — Une dame, d'une 40e d'année, était réduite au dernier degré de marasme à la suite de plusieurs exostoses crâniennes suppurées, mais non encore ouvertes au dehors. La maladie datait de quatre ans, et avait commencé par des douleurs de tête très-violentes, qui furent regardées et traitées tour à tour comme symptômes d'une grave méningite, comme une simple céphalée et comme une fièvre intermittente encéphalique, etc., et que je finis par guérir heureusement au moyen d'un traitement mercuriel complet. Le mari de cette dame m'avoua avoir contracté dans le temps plusieurs affections vénériennes : chancres, gonorrhées, etc. Mais qu'alors il était en voyage, et loin de son épouse; que depuis son retour, et depuis qu'il avait commerce avec elle, il avait bien souffert quelques incommodités, qui pouvaient tenir à une infection générale vénérienne, mais qu'il ne s'était jamais aperçu d'aucune excoriation, d'aucun écoulement aux parties sexuelles. La malade protestait la même chose; et je ne puis avoir raisonnablement aucun soupçon sur un commerce illégitime du côté de la femme, ni sur la véracité de l'assertion du mari, puisqu'il n'avait aucun motif de la cacher.

7° J'ai maintes fois eu lieu de me convaincre, dans ma pratique, que des symptômes syphilitiques secondaires peuvent se développer dix, quinze ans, et plus, après la disparition des symptômes syphilitiques primitifs, sous l'in-

fluence de causes difficiles à apprécier : la personne ayant joui pendant cet intervalle d'une parfaite santé.

8° La blennorrhagie et ses suites, l'orchite, les bubons, l'ophthalmie gonorrhéique, n'exigent jamais qu'un traitement local ; l'administration des remèdes spécifiques, dirigés contre le virus syphilitique, n'a aucune influence sur son cours : l'administration du copahu, du poivre cubèbe, après avoir vaincu la période aiguë de la gonorrhée par les antiphlogistiques, contribue puissamment à tarir les écoulements blennorrhéiques.

9° Lorsqu'on réfléchit avec quelle facilité, avec quelle certitude l'on parvient à faire disparaître les symptômes de la maladie syphilitique au moyen des préparations mercurielles, on ne peut s'empêcher de regarder ce moyen curatif comme spécifique contre la cause de cette maladie.

10° Vu le peu d'inconvénients que j'ai rencontrés, dans ma pratique, de l'administration de ces remèdes ; vu la facilité avec laquelle ils guérissent radicalement cette maladie, facilité que l'on peut comparer à celle avec laquelle le quinquina guérit les fièvres intermittentes, je ne puis pas concevoir comment on veut en revenir, et s'opiniâtrer (sans proposer un moyen nouveau ni plus utile ni plus sûr) à traiter cette maladie par la méthode antiphlogistique ordinaire, méthode qui traîne en longueur, qui expose à des récidives fréquentes, qui n'est certainement pas innocente (je veux parler de la diète, de la cure par la faim et des saignées), puisqu'elle affaiblit considérablement les malades, détruit leur constitution, etc., et qui le plus souvent enfin ne réussit pas. Voilà vingt-sept ans que je pratique la médecine, et je déclare que, pour ma propre satisfaction, je ne voudrais jamais avoir à soigner d'autres malades que ceux atteints de fièvres intermittentes ou de maladies syphilitiques, tant sont grandes les chances de

succès que nous offrent le quinquina et le mercure, bien administrés, dans le traitement de ces maladies.

11° Dans le traitement de la syphilis, j'administre en même temps les préparations mercurielles et les décoctions sudorifiques ; j'ai eu occasion d'observer que les praticiens qui s'obstinent à administrer isolément ces remèdes, les uns après les autres (regardant simplement ces derniers comme curatifs des effets nuisibles du mercure sur notre organisme), s'exposent à des insuccès fréquents........

..... Ces propositions et les faits sur lesquels elles sont appuyées viennent plutôt confirmer les anciennes doctrines sur la maladie syphilitique, qu'elles n'appuient les nouvelles ; et, s'il est vrai qu'il soit utile et même nécessaire de revenir dans les sciences sur les anciennes doctrines, de les soumettre à une nouvelle révision, pour voir si elles sont encore en rapport avec les nouveaux faits, les nouvelles observations pratiques, etc., pour voir, dis-je, si l'on ne doit pas reconnaître et se défaire d'anciennes erreurs, etc. ; il est aussi très-vrai qu'avant d'y porter une main téméraire, il faut avoir bien pesé la valeur des conséquences, des changements, que l'on veut y opérer, et, sous le rapport de la question que nous agitons, je pense et je suis pleinement convaincu que les nouvelles idées que l'on a voulu et que l'on veut introduire dans la théorie des maladies syphilitiques ont été plus nuisibles qu'utiles aux malades.

Journal de la Société de médecine de Bordeaux. (Janvier 1837.)

I. *Heureux effets des onctions mercurielles dans les engelures et la tumeur lacrymale commençante*, par M. E. Desgranges,

D. M. P. — Les propriétés antiphlogistiques de l'onguent mercuriel sont maintenant prouvées pour un très-grand nombre de médecins. Le cercle des affections inflammatoires, contre lesquelles ses propriétés se démontrent, s'agrandit de jour en jour ; il est inutile ici de nommer toutes ces affections. M. le docteur Serres, d'Uzès, fut le premier qui, dès 1827, acquit la conviction expérimentale que les inflammations aiguës et chroniques de la peau étaient avantageusement combattues par la pommade mercurielle déposée sur les parties où existait la phlegmasie ; c'est de là qu'il partit pour oser faire d'autres essais que le succès couronna encore.

« Le médecin, dit M. Serres, avant de quitter son malade, peut constater les effets salutaires de cette médication qui produit l'avortement presque immédiat de l'inflammation chez presque tous les sujets, et qui constitue la méthode thérapeutique la plus efficace et la plus douce que nous possédions aujourd'hui contre les phlegmasies en question. Les premiers essais qui seront faits suffiront pour convaincre mes confrères, qu'il n'y a rien d'exagéré dans les résultats que j'attribue aux propriétés de la pommade mercurielle. »

Ce langage, si positif et si catégorique, était bien fait pour inspirer de la confiance, surtout venant d'un praticien éclairé, en position d'observer, et qui avait consigné les opinions et les faits de sa pratique dans plusieurs mémoires envoyés en 1828 à des sociétés de médecine. Néanmoins et malgré ces considérations puissantes, attendais-je, avant de croire entièrement à ces assertions, que la pratique m'eût fourni les moyens d'expérimenter moi-même l'onguent mercuriel.

Ces occasions m'ont été offertes, pour *les engelures et pour la tumeur lacrymale au premier degré*. Les quelques faits

suivants, pris entre plusieurs autres, m'ont prouvé que la parole de M. Serres (d'Uzès) n'était, en effet, entachée d'aucune exagération.

Engelures. — Une jeune fille de seize ans, réglée, tempérament très-lymphatique, bien portante d'ailleurs, sans engorgement ganglionnaire dans aucune partie du corps, était sujette, tous les ans, à des engelures sur les dos des doigts de la main; ces engelures, qui se *crevaient* promptement, donnaient naissance à des plaies d'une nature particulière, qui suppuraient pendant tout le temps de l'hiver, et ne cédaient qu'aux chaleurs du printemps. Dans le mois si rigoureux de décembre 1835, les engelures, qui ont été si fréqnentes, même chez des personnes qui jamais n'en avaient été atteintes, se manifestèrent chez cette jeune fille, et bientôt la suppuration s'établit; une plaie très-douloureuse exista, l'empêcha de se livrer à aucun travail. La douleur des doigts était insupportable à l'approche de toute sensation de chaleur, surtout à la chaleur du lit. Les nuits étaient sans sommeil. Du suif avait été mis sans soulagement. Je lui prescrivis des onctions mercurielles (onguent napolitain) sur toutes les parties des doigts, ulcérées ou non; puis, je fis recouvrir les plaies avec un linge enduit du même onguent. Pour éviter les dangers qui pourraient résulter d'une métastase chez une personne très-jeune, *lymphatique*, et pouvant être prédisposée aux engorgements chroniques des ganglions pulmonaires, je conseillai en même temps, comme purgatif, des pilules de *calomelas*. Le succès dépassa mes espérances. La première onction diminua beaucoup les cuissons brûlantes, la deuxième les fit cesser; deux jours après commença la cicatrisation des plaies.) Le *calomelas* produisit très-peu d'effet purgatif. (Dix-huit jours après la première application de l'onguent, je vis la malade; elle pouvait

travailler de ses mains. Il n'y avait plus que la congestion sanguine dans les capillaires de la peau, mais sans cuisson ni démangeaison. Les onctions ayant été supprimées alors par cette jeune fille, la congestion se prolongea jusqu'à la fin de l'hiver.

Voici une autre observation.

Mlle Laure D..., âgée de quinze ans, pas réglée, maigre et petite, est sujette tous les ans à des engelures sur les doigts de la main, qui s'ulcèrent et donnent lieu à des plaies, dont la suppuration dure très-long-temps. L'hiver rigoureux de 1835 à 1836 ne pouvait pas s'écouler sans que la peau de la face dorsale des doigts de la main reçût ses atteintes cuisantes et douloureuses. Aussi, Mlle Laure D... fut-elle saisie par son mal annuel, dès les premiers jours de septembre 1835. Quand elle me fut présentée, la partie dorsale des phalanges des deux mains était dépouillée de son épiderme, et une plaie vive et saignante, grande comme une pièce d'un franc, existait sur chaque phalange. Un cercle d'une teinte rougeâtre, livide, était tracé autour de la plaie. On avait placé sur ces plaies *des émollients* qui ne soulageaient pas du tout la malade; *rien*, pour ainsi dire, ne calmait, et le sentiment de cuisson dévorante de la journée, et les douleurs vives de la nuit. Je lui prescrivis l'emploi d'une pommade composée de deux onces de cérat et de deux gros d'onguent mercuriel double. On étendit cette pommade tout à l'entour des plaies, sur la partie comme cyanosée; on en étendit même sur la partie vive et saignante, qu'on recouvrit d'un linge fin. L'effet ne se fit pas long-temps attendre. Le sentiment de cuisson disparut dès les premières onctions. Les nuits devinrent meilleures et permirent au sommeil d'arriver. De jour en jour les plaies tendirent à se cicatriser; ayant revu Mlle Laure D..., un mois après, j'ai trouvé toutes les cicatrices de ses

doigts achevées, bien avant l'époque où cette heureuse terminaison arrivait les années précédentes, sous l'influence des forces de la nature. Il n'y a eu ni salivation, ni aucune souffrance générale. Je n'ai point employé de purgatifs pour combattre la métastase qui aurait pu arriver. Tous les organes principaux étant sains, je me suis fié à eux, et n'ai pas tenu compte de l'état de maigreur du corps.

— Une dame qui avait des engelures non abcédées aux deux talons, et que la chaleur du lit faisait horriblement souffrir et privait de son sommeil, obtint un soulagement aussi prompt que notable, par des frictions avec la pommade suivante : Cérat, une once; onguent mercuriel double, un gros. — Le soulagement suivait *de quelques minutes* l'application de la pommade mercurielle. Le sommeil fut permis. La continuation des onctions amena toujours un mieux plus déclaré.

J'ai obtenu un succès pareil chez un enfant de onze ans, garçon fort et robuste, qui portait cette irritation hivernale et cette congestion particulière dans la peau des talons. (J'ai noté plusieurs autres cas de succès dans ces légères congestions particulières de la peau de cette partie du corps).

— Une jeune demoiselle délicate avait, sur la partie supérieure de l'aile droite du nez, une engelure qui apparaissait sous la forme d'un gonflement rouge-noirâtre, du volume d'un grain de maïs, entouré d'une sorte d'auréole d'une couleur pareille. Les rayons ardents du foyer, l'application à des travaux quelconques, augmentaient le gonflement, le fourmillement et la douleur cuisante. Beaucoup de petits *moyens émollients* et révulsifs avaient échoué. *Une pommade avec une once de cérat et un gros d'onguent napolitain* amena bien vite une amélioration notable. Les cuissons disparurent d'abord, puis le gonflement et la rougeur

se dissipèrent peu à peu. La guérison était presque absolue au bout de quinze jours. On ne se frictionnait que le soir et le matin. Dans tous ces cas, je n'usai pas de révulsifs internes, c'est-à-dire de purgatifs.

— A l'occasion de plusieurs autres faits, mais dans lesquels je n'ai pas pu suivre avec autant d'assiduité l'application de la pommade mercurielle, j'ai appris que les succès les plus évidents et les plus prompts avaient couronné l'emploi de ce moyen thérapeutique. Il a été surtout démontré pour moi qne les onctions mercurielles agissent comme *des sédatifs* puissants de la douleur. *Leur propriété cicatrisante* (si elles en ont), dans ces inflammations déterminées par le froid, ne se montrent qu'après cette puissance *sédative*. C'est une vérité qui ressort des observations qu'on vient de lire, faites dans l'hiver de 1835 à 1836, et surtout, de deux autres cas dont j'ai été le témoin tout dernièrement (décembre 1836). Dans ces deux derniers faits, la douleur et la démangeaison étaient très-vives, insupportables, et avaient résisté aux applications de corps gras (suif) ; elles cédèrent comme instantanément aux onctions d'onguent napolitain. Chez l'un de ces malades, qui avait des plaies sur le dos de la main, ces plaies ne furent point aussi vite améliorées par l'onguent mercuriel; la cuisson, qui existait à l'entour, fut seule apaisée; ces effets sont trop avantageux pour qu'obtenus, même seuls, on ne tienne pas un grand compte des onctions mercurielles. Si ces onctions échouent quelquefois, c'est qu'on n'ose peut-être pas porter assez haut ni la dose du mercure incorporé dans la pommade, ni répéter les onctions assez souvent.

Tumeur lacrymale commençante, compliquée d'érysipèle de la face. — M. G.., âgé de 68 ans, d'un tempérament sanguin, sec et bilieux, était atteint depuis quelque temps

d'un engorgement (avec irritation chronique) du conduit nasal du côté droit. De là, tumeur lacrymale commençante. Le cours des larmes n'était pas entièrement dérangé; le principal inconvénient était la sortie, par le point lacrymal inférieur, d'une très-petite quantité de matière blanche (mucosité purulente), mêlée avec des larmes. Ce point lacrymal ayant été pressé trop fortement, une douleur très-vive se fit sentir, et bientôt une tuméfaction érysipélateuse se développa avec une sensation *cuisante et brûlante*, et gagna les deux paupières et la joue entière, ainsi que la moitié du nez, jusqu'au niveau de la lèvre supérieure. La céphalalgie était très-violente, et occupait tout le côté gauche de la tête; malaise général, fièvre. La première nuit de la maladie se passa fort agitée; le lendemain matin, je prescrivis le traitement suivant : Cérat, 1 once; onguent mercuriel double, 1 gros, pour enduire, de deux heures en deux heures, les parties tuméfiées. Puis à l'intérieur :

Petit-lait — une pinte,
Émétique — un grain,

A prendre par tasses toutes les demi-heures. A la deuxième application de la pommade, les douleurs *brûlantes* avaient cessé. (Le mal s'était borné aux endroits indiqués ci-dessus pendant la nuit). La pinte de petit-lait calma la soif du malade et amena une selle. On continua les mêmes moyens; l'émétique *fut augmenté d'un demi-grain* dans la deuxième prescription. Le mieux marcha toujours. La douleur s'éteignit tout-à-fait; puis, graduellement après, la douleur, la rougeur et le gonflement. Il n'y eut que de faibles purgations. Le quatrième jour, l'érysipèle était en entier dissipé. Je n'ai point vu de desquamation. L'onguent mercuriel détermina encore un autre effet auquel on ne s'attendait pas.

L'engorgement du canal nasal, de même que le larmoiement, furent aussi guéris parfaitement à la suite de cet érysipèle et de son traitement. Cette incommodité n'a plus reparu; la guérison sous ce point de vue a été entière.

Ce dernier cas est très-probant en faveur de la puissance topique de l'onguent mercuriel dans l'érysipèle; mais je ne veux signaler dans ce moment que la guérison de la *tumeur lacrymale*, annoncée, comme nous l'avons dit, par M. Serres (d'Uzès). Je crois que dans l'observation qui touche M. G.., cette guérison a été certaine; elle s'est soutenue, car j'ai souvent l'occasion de m'en assurer. De plus, chez une dame pour laquelle je fus consulté quelque temps après l'exemple fourni par M. G..., j'employais les onctions d'*onguent mercuriel* sur le trajet du conduit nasal du côté gauche; canal qui, irrité chroniquement, avait déterminé vers le point lacrymal inférieur, l'engorgement que l'on désigne sous le nom de *tumeur lacrymale*. Au bout de très-peu de jours, où l'usage de ces frictions fut continué avec soin, la tumeur avait disparu. L'écoulement mucoso-purulent, qui avait eu lieu par le point lacrymal, fut supprimé, et cette affection, qui aurait pu entraîner une opération plus ou moins pénible, fut parfaitement guérie.

Dans une autre circonstance, je ferai connaître des observations d'érysipèles situés sur plusieurs parties du corps, guéris par les *mêmes onctions mercurielles* et avec une promptitude remarquable.

II. — *Note sur les entozoaires trouvés dans les intestins des cholériques de Naples;* par M. Gintrac, D. M. P. — M. le docteur Salvadore de Renzi vient d'annoncer que des vers tricocéphales ont été vus en grand nombre dans les intestins des cholériques ouverts à l'hôpital della Conzolatione de Naples, par MM. Ramaglia, Tiberi, etc. Cette découverte

paraît avoir rempli d'enthousiasme les médecins qui l'ont faite; peut-être se sont-ils imaginé avoir enfin trouvé la véritable cause du fléau qui se joue avec une cruauté sans égale de la sagacité des plus habiles observateurs. Toutefois, M. Salvadore de Renzi met une louable réserve dans l'énoncé du fait, attend et provoque de nouvelles recherches.

Les vers tricocéphales ont été depuis long-temps observés dans diverses maladies qui ne ressemblent nullement au choléra. C'est ce que savent tous les médecins; ainsi, il ne pourrait y avoir de spécial dans cette dernière affection que le nombre extraordinaire des helminthes trouvés dans les intestins des cholériques; mais, en d'autres lieux, cette remarque n'a point été faite; donc, elle ne peut être généralisée, et on ne doit la considérer que comme une coïncidence sans valeur.

Je crois d'ailleurs qu'il est opportun de mentionner un fait que paraissent ignorer les anatomistes napolitains, et qui peut-être même n'est que peu connu de beaucoup de médecins français. Le cœcum de la plupart des hommes sains ou malades, jeunes ou vieux, renferme à peu près constamment des tricocéphales. Il y a déjà long-temps que j'ai fait cette observation; je l'ai répétée et rendue publique dans les cours d'anatomie que j'ai faits pendant quinze ans à l'école de médecine de cette ville. Chaque fois que je donnais la description du gros intestin, je faisais remarquer, comme une circonstance digne d'attention, que ces organes et spécialement le cœcum sont le réceptacle constant, le domicile habituel de ces helminthes parfaitement innocents. Leur présence a été vérifiée chez des sujets morts subitement et en bonne santé. Dans un hiver rigoureux, on fit, à l'Ecole de médecine, l'examen du cadavre d'un portefaix qui, étant ivre, était mort de froid sur la

voie publique; je montrai aux élèves des tricocéphales retirés du cœcum de cet individu robuste, et qui ne paraissait point avoir été malade. La même remarque a été faite chez plusieurs suppliciés. Je dois ajouter, néanmoins, qu'ayant voulu constater si, dans les premiers temps de la vie, on trouvait déjà de semblables vers, j'en ai cherché avec soin dans les intestins de beaucoup de nouveau-nés, mais que ces perquisitions ont été, sous ce rapport, sans résultat.

Bulletin de l'Académie royale de médecine. (Janvier 1837.)

I.—*Du tannin et de son action sur les tissus inertes et sur les tissus vivants, sains ou malades;* par M. CAVARRA. —(Commissaires : MM. ANDRAL et DUPUY). — « Depuis que M. Pelouze a fait connaître l'analyse du *tannin pur*, je me suis occupé des actions physique, physiologique et thérapeutique de cette substance; je les ai comparées à celles des tannins des auteurs et aux actions des diverses matières astringentes qui les contiennent.

» J'ai consigné, dans un *Essai* que je me proposais de lire aujourd'hui à l'Académie, les expériences variées que j'ai faites à ce sujet; mais, pour ne pas abuser de ses moments, je dépose mon Mémoire sur le bureau, et je me borne à en présenter un résumé fidèle.

» Je me suis assuré d'abord que le tannin de M. Pelouze rend imperméable la peau aussi bien que les autres tannins. La seule différence d'action que j'ai pu constater consiste en ce que le tannin de M. Pelouze est absorbé en deux ou trois heures, tandis que les autres tannins demandent plusieurs semaines, et que le *jus du tan* n'exige pas moins de quinze à dix-huit mois.

» Ces observations m'ont porté à conclure que, puisque c'est le tannin pur, mais plus ou moins affaibli, qui opère dans tous les cas, il serait d'une haute importance pour l'industrie qu'on pût l'obtenir à peu de frais et l'employer au tannage en grand, de préférence aux autres tannins et au jus du tan.

» Sans me prononcer en ce moment pour l'une plutôt que pour l'autre des deux opinions qui cherchent à expliquer la manière dont le tannin agit dans le tannage des cuirs, si c'est en formant un composé insoluble de gélatine et de tannin, comme le prétendent les uns, ou un composé insoluble de tannin et de peau, comme l'affirment les autres, je me suis borné à admettre que l'imperméabilité des cuirs trouve sa raison dans un produit insoluble, et à constater que cette imperméabilité, résultat d'un simple phénomène d'affinité, n'est autre chose qu'*un état chimico-mécanique, dans lequel le cuir offre une porosité mesurant un espace moindre que les atomes de l'eau.*

» Ce fait une fois constaté sur les tissus privés de vie, j'ai voulu m'assurer si les effets du tannin en contact avec les tissus vivants étaient soumis à des lois différentes, et s'ils offraient autre chose qu'un simple phénomène de rétrécissement analogue ou identique à celui des autres tissus. J'ai fait dans ce but de nombreuses expériences sur les chiens, sur les chats et sur moi-même; et ce n'a pas été, je l'avoue, sans quelque satisfaction que j'ai acquis la preuve qu'il est inutile, dans ce cas du moins, d'invoquer la loi vitale pour l'explication d'un phénomène à la fois simple, général et toujours identique.

» Ainsi, selon moi, le tannin, mis en contact avec certaines parties de l'économie vivante, a sur elles la même action chimico-mécanique qu'il exerce sur un tissu orga-

nique inerte, ou en d'autres termes, il les tanne comme il tanne les cuirs.

» Ces parties sont les membranes muqueuses de l'urètre, du vagin, des intestins, du poumon. L'action du tannin semble déterminer en elles un resserrement tel, que les glandes dont elles sont parsemées ne peuvent plus s'ouvrir pour donner passage au mucus qu'elles sécrètent.

» Cette conclusion, Messieurs, vous paraîtra peut-être, au premier abord, d'une généralité un peu trop grande; mais je vous prie de remarquer qu'elle n'est point de ma part une simple allégation, une simple vue *à priori*, mais que je prétends l'étayer de preuves et de démonstrations. Je vous prie, en conséquence, de suspendre votre jugement sur ce que j'avance, jusqu'à ce que ces preuves et ces démonstrations vous soient connues.

» J'ai pu observer en même temps que le tannin de M. Pelouze, appliqué à l'économie vivante, l'emporte sur les autres tannins et sur les matières astringentes. J'en ai tiré la conséquence que le tannin pur doit être employé en médecine aussi bien qu'en industrie, de préférence aux tannins impurs ou mêlés à des matières qui en atténuent les effets.

» L'action du tannin, que j'appelle chimico-mécanique, ne détermine point d'empoisonnement : j'en ai pris jusqu'à deux grains et demi, sans en ressentir de mauvais effets. Je dirai néanmoins que, pris à la dose de trois ou quatre grains, il excite quelquefois des nausées et même des vomissements.

» L'effet immédiat de cette substance est la constipation; elle constipe, parce que, comme vous le verrez, son action arrête la sécrétion muqueuse des intestins ou cette espèce d'huile qui lubrifie les intestins.

» Le tannin pur ne m'a pas paru devoir agir par la mé-

thode endermique, et, si je ne me trompe, on en trouve la raison en ce qu'il arrête les hémorrhagies, et qu'il rétrécit ou qu'il tanne, si l'on veut, les tissus blessés.

» Une fois arrivé dans le ventricule, le tannin pur est absorbé et porté dans le courant de la circulation. La preuve de cette vérité consiste en ce qu'il n'existe entre cet organe et le vagin, l'urètre, le poumon, que le rapport circulatoire, et que conséquemment le tannin doit être absorbé pour guérir les fleurs blanches, les gonorrhées, les catarrhes pulmonaires chroniques les plus obstinés, ainsi que j'ai été à même de l'observer.

» Je ne pourrais, Messieurs, sans dépasser les bornes d'un simple essai, vous rapporter toutes les observations que j'ai recueillies sur les effets du tannin de M. Pelouze; je me suis contenté d'en consigner quelques-unes des plus importantes dans mon Mémoire. J'ajouterai que le tannin guérit encore les diarrhées, l'hémoptysie, certaines hémorrhagies de la matrice et les ulcères commençants de cet organe.

» Mais, de tous les effets, deux des plus surprenants, et que vous apprendrez sans doute avec plaisir, c'est, d'un côté, la guérison que le tannin opère des toux nerveuses les plus obstinées, et, de l'autre, l'action bienfaisante et positive qu'il exerce contre la phthisie.

» D'après tous ces faits, je ne crains donc pas d'avancer, Messieurs, que, dans ces deux derniers cas comme dans tous les autres, la médecine doit retirer les plus heureux effets de l'emploi du tannin pur.

» Je me borne, pour le moment, à ce peu de paroles; mais j'espère pouvoir bientôt vous fournir de nouveaux faits, et donner plus de développements aux conséquences que j'en ai tirées.

» Mon intention, entre autres, est de vous offrir inces-

samment un autre travail, qui a pour objet de déterminer l'origine du tubercule. Déjà les expériences consignées dans mon Essai vous montreront, j'espère, que j'ai de bonnes raisons pour la déduire des fonctions anomales de l'axe cérébro-spinal. »

II. — *Observation d'une hémorrhagie intermittente, grave, combattue avec succès par le sulfate de quinine*; *communiquée* par M. Léon Dufour, médecin à Saint-Sever (Landes). — Commissaire, M. P. Dubois. — Au mois d'octobre 1836, M. Dufour fut appelé à deux lieues de Saint-Sever, pour voir une petite fille de six ans. Quinze jours avant la visite de M. Dufour, cette enfant avait eu une fièvre intermittente en double tierce, dont elle avait été heureusement délivrée par le sulfate de quinine.

Le 29 septembre à quatre heures de l'après-midi, elle fut prise inopinément d'une hémorrhagie nasale assez considérable : on évaluait à douze onces la quantité de sang qu'elle avait perdue. L'hémorrhagie s'arrêta d'elle-même à l'entrée de la nuit; mais, au lieu de laisser la malade dans l'état où elle l'avait trouvée, sauf la faiblesse, elle fut suivie d'un mouvement de fièvre très-prononcé.

Le lendemain 30, santé parfaite.

Le surlendemain, premier octobre, à deux heures, retour de l'hémorrhagie; seulement, au lieu de sortir par le nez, cette fois le sang sortit par la bouche et fut rejeté par le vomissement; ce sang était noir et sans caillots. Telles étaient la prostration, la petitesse du pouls et l'abaissement de la chaleur, qu'on craignit pour la vie de la malade. Cependant les vomissements de sang s'arrêtèrent vers les quatre heures, et à cet état de langueur succéda une vive réaction,

Telle est en peu de mots l'histoire que M. Dufour re-

cueillit de la bouche des parents. A sa visite, le 2 octobre, de nombreuses pétéchies couvraient le thorax, l'abdomen et les bras, pétéchies beaucoup plus larges que celles qui se montrent si souvent dans les fièvres typhoïdes ou de mauvais caractère. A sa grande surprise, le pouls était bien développé, mais naturel, la chaleur de la peau bonne, la langue large et humide, les forces rassurantes, l'abdomen souple, toutes les sécrétions en bon état.

En rapprochant ce qu'il voyait de ce qu'il venait d'entendre, M. Dufour ne douta pas qu'il n'eût affaire à une intermittente tierce, et la nature du symptôme dominant lui fit croire que cette fièvre appartenait à la classe des intermittentes pernicieuses. C'est dans cette pensée qu'il prescrivit le sulfate de quinine à la dose de douze grains en six pilules.

La nuit du 2 au 3 octobre fut bonne ; le 3, à l'heure de l'accès, nausées, frissons, malaise général, mais point d'hémorrhagie. Quelques jours après, la malade était parfaitement rétablie.

Après avoir raconté le fait qu'on vient de lire, M. Dufour recherche les exemples d'hémorrhagies périodiques, exemples rares, mais trop bien avérés pour excuser les nosologistes de les avoir passés sous silence.

La Presse médicale (15 février 1837).

Consultation sur un cas d'urine en apparence laiteuse (urine chyleuse); par MM. Caffe, Orfila et Rayer. — Les médecins soussignés, consultés par M. J. V. da Costa sur la nature et le traitement de sa maladie, croient d'abord devoir en rappeler sommairement les principales circonstances.

M.V. est âgé de vingt-deux ans ; il est né à *Rio-Janeiro*, où il a toujours habité jusqu'au moment de son départ pour l'Europe, 13 mai 1836.

Le consultant eut huit frères, dont quatre sont morts dans la première enfance. Pour lui, il a toujours eu une parfaite santé ; toutefois, depuis l'âge de quatre ans jusqu'à celui de dix ans environ, il aurait souvent éprouvé sur les membres inférieurs des éruptions que le malade caractérise d'érysipèles erratiques, qui reparaissent périodiquement toutes les semaines.

Le régime de vie de M. V. fût toujours très-substantiel, composé de viandes d'animaux adultes et très-peu de légumes.

Invasion de la maladie. — Il y a quatre ans, tout-à-coup, après une course un peu longue, sans symptômes précurseurs, sans douleurs, émission d'urine blanche, d'apparence laiteuse : usage de boissons nitrées et repos.

Un an après, douleurs aiguës au niveau des régions lombaires et dans la région de la vessie ; douleurs tellement intenses, que le malade se tenait à genoux, se courbait fortement en avant au moment de l'émission des urines, alors d'une épaisseur telle qu'elles avaient peine à sortir de l'urètre ; elles formaient une masse homogène, molle et continue ; en outre, elles étaient quelquefois mélangées de beaucoup de sang. Ces douleurs aiguës durèrent environ une quinzaine de jours. On appliqua cinquante sangsues à l'hypogastre et au périnée ; on fit prendre des bains émollients, de l'eau nitrée pour boisson, plus tard de l'eau de Sedlitz et des bains de mer.

La diminution des douleurs fut lente et progressive ; elles ne cessèrent complètement qu'après trois mois. Les urines étaient rendues tantôt blanches, laiteuses, tantôt naturelles, tantôt sanguinolentes.

Depuis cette époque, il est souvent arrivé que deux ou trois mois se sont passés sans que les urines présentassent le moindre aspect laiteux, qui se reproduisait de nouveau sans cause appréciable.

L'exercice de l'équitation, au dire du malade, a paru souvent favoriser le retour passager des urines à leur état normal.

Pendant les soixante jours de navigation pour se rendre en Europe, les urines ont été naturelles.

Pendant les mois d'avril, mai et juin, les urines étaient généralement meilleures.

Pendant neuf mois consécutifs et dans la même année, le malade s'est soumis à une nourriture exclusivement composée de poularde au riz et de lait de brebis ; il fit aussi usage d'une grande quantité de térébenthine.

Dans le mois de juillet 1836, le malade est arrivé à Paris, dans le but de se faire traiter d'une maladie, qui, si elle n'altérait pas visiblement sa santé, restait stationnaire et pouvait lui inspirer des craintes pour l'avenir.

Nous avons déjà dit que l'urine avait été naturelle pendant les soixante jours de traversée. Mais l'un de nous, M. Caffe, auquel M. V. avait été adressé du Brésil à Paris, constata, aussitôt l'arrivée du malade, l'existence d'une urine laiteuse et les autres faits dont le détail doit suivre. Il conseilla d'abord les boissons faites avec la décoction des bourgeons de sapin du nord, alternées avec les eaux de Vichy, les bains de Barèges, la soustraction au froid, un vêtement de flanelle sur tout le corps et immédiatement sur la peau. Plus tard, M. Caffe recourut à la décoction de racine de raifort, aux pilules composées de sulfate de fer et de sous-carbonate de potasse ; la dose de ces médicaments fut élevée et par doses croissantes.

Ces moyens ne parurent pas avoir une influence marquée et surtout persévérante.

Vers la fin de septembre, le malade partit pour la Belgique, de là, il fit une course à Londres, où M. Caffe, qui s'y trouvait à la même époque, eut l'occasion de le rencontrer. On continua l'usage des préparations ferrugineuses, et ce voyage parut plutôt avoir une influence heureuse sur la santé de M. V.; cependant les urines étaient déjà redevenues laiteuses quelques jours avant son retour à Paris.

Peu de temps après son retour, M. Caffe nous réunit en consultation, et nous fit part des observations déjà indiquées, et de quelques autres que nous allons rappeler.

1° Deux ou trois fois seulement les urines ont paru plus abondantes que les liquides ingérés.

2° La couleur laiteuse de l'urine a présenté de nombreuses variations d'intensité quelquefois dans un même jour, et de telles variations dans l'espace d'une semaine, que tantôt l'urine paraissait naturelle, tantôt ressemblait à du lait, sans que de pareils changements si rapprochés puissent être expliqués par des écarts de régime ou par tout autre cause.

3° L'urine a été un certain nombre de fois sanguinolente, surtout avant l'emploi des préparations ferrugineuses.

4° L'émission de l'urine n'était point douloureuse et s'opérait facilement.

5° L'urine, malgré son aspect laiteux, avait l'odeur et le goût de l'urine ordinaire, Elle fut plusieurs fois goûtée par le malade, sur l'invitation du médecin.

6° La santé paraissait assez bonne, mais le malade disait qu'il se sentait moins bien portant lorsque l'urine avait l'apparence laiteuse la plus prononcée.

7° Les fonctions digestives étaient parfaitement régu-

lières, l'appétit était très-grand, et la quantité de nourriture prise chaque jour était vraiment considérable.

8° Le sommeil et les principales fonctions étaient en tout réguliers.

9° Presque toujours après les rapports sexuels, l'urine a paru devenir plus naturelle.

L'urine de M. V. ayant, comme nous l'avons déjà dit, l'apparence des urines désignées sous le nom d'*urine laiteuse*, et d'une espèce d'urine que M. W. Prout a décrite sous le nom d'urine chyleuse, les soussignés crurent devoir prier M. Guibourt, professeur à l'École de pharmacie, de faire l'analyse de cette urine, et cela avec d'autant plus de confiance, qu'il venait tout récemment d'examiner un cas analogue chez un jeune homme de l'Ile-de-France, traité par l'un de nous, M. Rayer.

Nous croyons devoir reproduire ici textuellement la note de M. Guibourt, pleinement confirmative de l'opinion que nous nous étions formée sur la nature de l'urine de M. V.

« L'urine de M. V. est tantôt blanche et opaque comme du lait, d'autres fois d'un rouge de sang. D'autres fois encore le malade rend une urine jaune et transparente qui ne paraît pas différer de l'urine saine.

» L'urine rouge de sang, étant abandonnée au repos, se sépare en deux couches; une épaisse, d'un rouge foncé et opaque, ressemblant à un caillot de sang, occupe le fond du vase : le liquide surnageant est d'apparence laiteuse comme la première urine mentionnée; seulement il conserve toujours une légère teinte rougeâtre.

» L'urine blanche et d'apparence laiteuse contient quelquefois une si grande quantité de matière grasse, qu'elle vient former à la surface une couche semblable à de la crème, qui occupe le cinquième de la hauteur du liquide; mais ordinairement il y en a beaucoup moins.

» Dans tous les cas, l'urine laiteuse étant mise en contact avec de l'éther sulfurique, s'éclaircit, et l'éther se colore en jaune. En remplaçant une ou deux fois le liquide surnageant par de nouvel éther, on épuise l'urine de la matière grasse, et elle devient parfaitement transparente; elle est alors jaune, si elle était primitivement d'un blanc laiteux, et légèrement rougeâtre, si elle était rouge-sanguinolente.

» Il est prouvé par là que l'urine laiteuse ne devait son opacité qu'à la matière grasse que l'éther a dissoute, et qu'on obtient facilement par l'évaporation de celui-ci.

» J'ai dit que le liquide épais et rouge-foncé, précipité au fond de l'urine sanguinolente, ressemblait à un caillot de sang; mais cette apparence est trompeuse. En traitant cette masse par de l'éther, on la rend à l'instant même liquide, entièrement transparente, et d'un beau rouge vif. Ce liquide ne contient donc que de la matière colorante du sang sans fibrine.

» L'urine laiteuse, devenue transparente par le moyen de l'éther, soumise à l'ébullition, forme un abondant coagulum d'albumine.

» L'acide nitrique la coagule également; l'acide acétique ne la trouble pas; ainsi elle contient bien de l'albumine et non de la caséine. La dénomination d'urine laiteuse ne s'applique donc qu'à l'apparence, aux caractères physiques du liquide, et non point à sa nature.

» Une expérience antérieure nous avait montré que l'urine d'apparence laiteuse différait de la nature du lait. Celui-ci étant étendu d'eau de manière à offrir le degré d'opacité de l'urine, les deux liquides ont filtré également troubles et blancs à travers le papier. Mais, en y ajoutant de l'acide acétique, l'urine laiteuse n'en éprouve aucune altération, et filtre laiteuse comme auparavant, tandis que

le lait est coagulé et filtre tout-à-fait limpide et transparent.

» L'urine laiteuse, débarrassée de la matière grasse par de l'éther, après avoir été coagulée par le calorique, et concentrée environ à moitié, a été filtrée et refroidie; mélangée alors d'acide nitrique, elle a formé une belle cristallisation de nitrate d'urée. Ainsi ce liquide, débarrassé de ces principes étrangers, paraissait redevenu de l'urine ordinaire !

» En résumé, l'urine de M. V. diffère de l'urine ordinaire en ce qu'elle contient une grande quantité d'albumine et de matière grasse, auxquels se joint par intervalle la matière colorante du sang, sans fibrine. »

En comparant le résultat de cette analyse avec ceux que M. Prout a obtenus des urines qu'il désigne sous le nom de chyleuses, on reconnaît de suite que cette dénomination est celle qui convient réellement au cas pour lequel nous sommes consultés. En effet, si on ajoutait une certaine quantité de chyle à l'urine (*voyez* composition chimique du chyle, Berzélius, Orfila, etc.), on obtiendrait une urine chargée d'albumine, de matière grasse et d'une certaine proportion de matière colorante du sang. D'un autre côté, malgré ce qui a été dit sur la présence du caséum dans l'urine laiteuse, il est fort douteux qu'on en ait jamais rencontré, et d'ailleurs, dans le cas qui nous occupe, il n'en existait pas.

Les résultats de cet examen fait sur l'urine de M. V., l'absence de douleurs dans les régions rénales, la connaissance pour nous acquise de plusieurs cas analogues, dans lesquels il n'y avait point de lésion matérielle des reins; l'analogie non moins évidente de ce cas avec les hématuries, ainsi désignées à l'Ile-de-France, et qui sont quelquefois suivies d'urine laiteuse; toutes ces circonstances nous firent penser qu'il serait extrêmement important de rechercher si le

sang lui-même n'offrirait pas un état particulier, et spécialement cette apparence laiteuse, que quelques pathologistes affirment avoir observée dans des conditions morbides encore indéterminées. M. Caffe pratiqua donc à son malade une saignée du bras de quatre onces, et M. Guibourt voulut bien encore se charger de faire l'analyse de ce sang.

Le sang, abandonné dans un vase fermé, s'est pris en une masse gélatineuse, tremblante, sans aucune apparence de couenne blanche à la surface. Loin de là, ce sang, agité dans le flacon après vingt-quatre heures de repos, est redevenu complètement liquide, ce qui semble indiquer une absence complète de fibrine.

Ce sang liquide a été mêlé à deux parties en volume d'alcool rectifié, afin de le coaguler. Le coagulum a été soumis à la presse et desséché. Il pesait alors sept gros et demi, ou près du quart du poids du sang. Il était pulvérulent et d'un rouge pâle et blanchâtre, tandis que le coagulum d'un sang normal, préparé de même, est sous la forme d'une matière dure, vitreuse, et d'un rouge brun très-intense. Il est évident, d'après cela, que le coagulum de ce sang brésilien contient proportionnellement moins de matière colorante que celui du sang normal. Mais cela peut tenir à ce qu'il renferme beaucoup plus d'albumine. Il est, en effet, bien remarquable que ce coagulum desséché dépassait la quantité de matière solide indiquée jusqu'ici par toutes les analyses du sang; et comme il ne contenait que peu ou pas de fibrine, son excès de quantité doit porter principalement sur l'albumine.

Une égale quantité (sept gros et demi) de coagulum de ce sang brésilien et de sang normal a été pulvérisée et traitée par l'éther, au moyen de la méthode de déplacement. Dès le premier moment, une grande différence s'est manifestée; les trois premières gouttes d'éther provenant du sang bré-

silien ont laissé sur un verre de montre une couche très-apparente de matière grasse, blanche, opaque et nacrée; les trois premières gouttes provenant du sang normal ont laissé seulement quelques points circulaires d'une matière grasse plus transparente. La totalité de l'éther provenant du sang brésilien a laissé o gramme 20 (quatre grains environ) de matière grasse, solide, opaque et cireuse. La totalité de l'éther provenant du sang normal a fourni o gramme 11 d'un résidu coloré, partie gras, partie salin, et attirant l'humidité de l'air.

Il résulte évidemment de ces expériences que le sang de M. V. diffère du sang ordinaire en ce qu'il contient moins de fibrine, mais plus d'albumine et de matière grasse, et qu'il se rapproche en conséquence par ses caractères de la composition du chyle.

En résumé, dans notre opinion, l'altération de la sécrétion urinaire observée chez M. V. est manifestement sous la dépendance d'un état particulier du sang, et cet état consiste en ce que la transformation du chyle versé dans le sang se fait d'une manière incomplète, c'est-à-dire, en un vice de l'hématose.

Les cas d'urine *laiteuse* sont encore peu nombreux dans la science, et plusieurs de ces faits ont été observés d'une manière trop incomplète. La part de l'influence du régime, des divers traitements, et aussi du temps, etc., sur leur terminaison, n'a pu être appréciée assez rigoureusement pour que nous puissions donner ici des règles de traitement aussi positives que pour une maladie moins rare.

Cependant, nous rappellerons, 1° que les malades dont M. W. Prout a rapporté trop brièvement l'histoire ont souffert plusieurs années, sans altération manifeste de la santé.

2° Les hématuries observées à l'Ile-de-France, et quel-

quefois suivies d'urine dite laiteuse, ne sont pas regardées comme graves.

3° D'après une discussion élevée au sein de l'Académie de Rio-Janeiro (avril 1836, *Revista médica fluminense*, il paraît que cette maladie est assez fréquente dans cette ville, surtout chez les femmes, et que sa gravité n'est pas en rapport avec sa résistance aux agents thérapeutiques.

4° Dans le petit nombre de faits d'urine *laiteuse* observés en Europe, et qui était réellement chyleuse d'après l'analyse, et non purulente, la maladie, quoique rebelle et de longue durée, n'a pas été grave. Toutefois, on l'aurait vue, d'après quelques auteurs, dégénérer en diabètes.

En suite de l'opinion émise plus haut sur l'altération de la sécretion urinaire, de sa liaison avec un état particulier du sang et un vice de l'hématose, et d'après les résultats les mieux observés, les expériences thérapeutiques faites dans une maladie aussi rare, nous croyons devoir conseiller le traitement suivant :

1° Pendant plusieurs mois, tous les matins à jeun, M. V. prendra six des pilules suivantes :

Prenez : Sous-carbonate de fer, un gros.
Poudre de quinquina rouge, un scrupule
Cannelle pulvérisée, douze grains.

Mêlez selon l'art, et faites avec quantité suffisante de mélange vingt-quatre pilules.

2° Une heure avant le dîner, boire une once de vin de quinquina.

3° Trois fois par semaine, prendre un bain presque frais, d'une demi-heure de durée, additionné par deux onces de sulfate de potasse.

4° Le soir, au moment de se coucher, M. V. prendra vingt-quatre grains de sous-carbonate de fer dans du pain à chanter ou dans de la compote.

5° Les médecins qui dirigeront au Brésil le traitement de M. V., pendant deux ou trois mois consécutifs, ne devront le suspendre que dans le cas où il se présenterait des signes d'irritation gastro-intestinale (ce qui est peu probable); nous croyons pouvoir ajouter que, dans notre opinion, les modifications ultérieures ne devraient porter que sur le choix d'autres préparations ferrugineuses ou de quinquina, dans la substitution des bains alcalins, savonneux, à ceux de sulfate de potasse.

6° Le régime alimentaire, dans une semblable affection, doit être essentiellement choisi parmi les viandes de bœuf et de mouton rôties et grillées.

7° La boisson ordinaire sera un vin généreux coupé avec de l'eau ferrée.

8° On devra faire concourir au succès du traitement tous les moyens hygiéniques propres à fortifier la constitution; dans la saison des bains de mer, M. V. en prendra une trentaine, que l'on ne prolongera pas au-delà de quelques minutes.

9° La dysurie qui a lieu lors du passage d'une certaine quantité de sang dans les urines, ou lorsqu'elles sont fortement chargées de chyle, est due à une cause entièrement mécanique, qui cesse d'elle-même par la sortie des caillots, ou peut encore nécessiter l'emploi du cathétérisme. Ces accidents sont particuliers à une seule circonstance de la maladie, et sont étrangers à sa nature.

Archives générales de Médecine (Janvier 1837).

Sur le traitement de la fièvre typhoïde (dothinenterie) *par les évacuants*. — Ce ne fut qu'avec une grande défiance que le public

médical entendit, il y a trois ans, l'annonce des succès obtenus par M. Delaroque, médecin de l'hôpital Necker, au moyen des purgatifs. Néanmoins l'attention fut éveillée, et plusieurs médecins expérimentèrent à ce sujet. Les séances de l'Académie ont en particulier fait connaître les résultats obtenus par M. Piedagnel. Nous devons à nos lecteurs de les mettre au courant de cette question thérapeutique si intéressante, et par ses résultats immédiats pour les malades, et par son influence médiate sur la théorie des fièvres.

Deux thèses remarquables à divers titres ont été présentées à la Faculté sur ce sujet; l'une (1), dont l'auteur est M. Videcoq, a pour objet quelques faits recueillis dans le service de M. Piedagnel. M. Beau, auteur de la deuxième, a observé depuis long-temps à l'hôpital Necker (2). C'est surtout à son travail que nous emprunterons les détails dans lesquels nous allons entrer.

Exposons d'abord la méthode de traitement adoptée par M. Delaroque, et les résultats de cette méthode, tels que M. Beau les a consignés dans sa dissertation : « On donne pour boisson ordinaire de l'eau d'orge miellée ou de la limonade au choix du malade; on débute comme traitement actif, par l'administration d'un ou deux grains de tartre stibié dans un pot de véhicule, sans avoir égard aux différentes formes de la maladie, quel que soit l'état de la langue, des douleurs, etc. Le lendemain, on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz, et on la répète chaque jour, à moins que le malade ne la prenne en dégoût, auquel cas on la remplace par d'autres laxatifs, tels que de la crème de tartre, l'huile de ricin, le calomélas, etc. Les différents symptômes ne doivent pas être l'objet d'attention spéciale; *bien moins faut-il employer contre eux les saignées générales et locales, qu'on ne doit jamais se permettre sous quelque dénomination et dans quelque but que ce soit.* L'en-

(1) Observations et réflexions sur l'emploi des purgatifs dans les maladies connues aujourd'hui sous le nom de dothinentérie, d'entérite typhoïde, de fièvre typhoïde, *etc. Th. Paris*, 28 *mars* 1835.

(2) De l'emploi des évacuants dans la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, dothinentérite, fièvre maligne, putride, typhoïde, pétéchiale, entéro-mésentérique, *etc. Th. Paris*, 10 *août* 1836.

gorgement du poumon demande seul quelques soins particuliers. On provoque et on aide la résolution, au moyen du kermès donné chaque jour dans un look à la dose de cinq ou huit grains, et si ce moyen suffit pour purger convenablement le malade, on peut suspendre pendant son emploi les laxatifs proprement dits. Les symptômes les plus rapidement amendés, à la suite des évacuations alvines, sont le délire nocturne, la soif, les douleurs abdominales, la stupeur, qui disparaissaient souvent du jour au lendemain. Lorsque leur décroissement ne suit pas immédiatement les premières évacuations, on observe qu'à dater de ce moment leur intensité n'augmente plus, à moins, comme je l'ai déjà dit, que la maladie ne soit déjà très-avancée lorsque l'on commence l'usage des évacuants; dans ce cas, ils n'exercent que rarement de l'influence sur la marche de la maladie; mais à quelque distance que l'on soit du début, il faut toujours les essayer, comme on en verra tout à l'heure la nécessité.

Quand l'amendement des symptômes fébriles, tels que la soif, le délire, est complet, quand il ne reste plus qu'un état de faiblesse, on cherche à relever les forces au moyen des toniques et des aliments de plus en plus nourrissants. La médication tonique n'a plus ici les mêmes inconvénients que lorsqu'on l'emploie sans qu'elle ait été précédée des évacuants; si elle amenait des symptômes fébriles, il faudrait reprendre les laxatifs jusqu'à cessation de ces symptômes.

Tel est, d'une manière générale, le traitement qu'emploie M. Delaroque dans la fièvre typhoïde. Voici les principaux résultats de cette médication :

Pendant les deux années 1834 et 1835, il y a eu 104 individus affectés de fièvre typhoïde, qui ont été soumis au traitement précité. Onze sont morts dans les circonstances suivantes :

1° Femme commencée le 20e jour de la maladie.

2° Femme commencée le 15e jour et saignée.

3° Femme commencée le 15e jour, récemment accouchée : invagination.

4° Femme commencée le 6e jour, et saignée.

5° Homme commencé le 20e jour.

6° Homme commencé le 16e jour et saigné : pleurésie, cavernes.

7° Homme commencé le 10e jour.

8° Homme commencé le 13e jour.

9° Homme commencé le 16e jour : saignée.

10° Homme commencé le 14e jour : émissions sanguines.

11° Homme commencé le 6e jour : mort, six semaines après, de récidive.

La mortalité est donc ici d'un dixième environ; cependant il ne serait pas juste de considérer ce chiffre comme la représentation exacte de la valeur du traitement par les évacuants, car il est basé sur des cas dans plusieurs desquels se rencontrent des circonstances très-défavorables. Ainsi, à part les numéros 7, 8, 11, tous les autres individus ont subi des émissions sanguines, ou bien ont été traités long-temps après le début de la maladie; de plus, il y avait chez le n° 3 des invaginations intestinales qui s'étaient opposées à l'effet du traitement, et mettaient obstacle à l'écoulement des liquides intestinaux, et chez le n° 4, on trouva une pleurésie et des cavernes dans les poumons.

Si l'on s'accorde généralement sur le peu d'efficacité des moyens thérapeutiques à une période avancée de la maladie, on accordera plus difficilement que les saignées doivent être considérées comme des circonstances défavorables, et qu'elles aient contribué à la mort des sujets qui y ont été soumis. Cependant, comment, si les émissions sanguines ne sont pas dangereuses, expliquer le résultat suivant :

Chez les 93 individus guéris, la moyenne de la durée totale de la maladie, c'est-à-dire du nombre de jours compris entre le début de la maladie et la sortie de l'hôpital, est de 31 jours. De ces 93, 75 n'ont pas été saignés, la même moyenne est de 28 jours; 18 ont été saignés; leur moyenne est de 39 jours.

Or si, comme on le voit, les émissions sanguines ont allongé la durée moyenne des fièvres dans lesquelles elles ont été employées avant les évacuants, leur influence pernicieuse n'est-elle pas par là démontrée? Et ne peut-on pas dire que, dans les cas dont il était question tout à l'heure, elles ont contribué à précipiter les individus? Dans les onze cas malheureux, la méthode a donc été employée huit fois dans des circonstances plus ou moins fâcheuses; les trois autres cas prouvent que, même appliquée à temps et vierge de tout autre moyen, elle peut échouer.

Enfin, un autre résultat qui suffirait à lui seul pour établir l'action médicatrice des purgatifs est le suivant : sur les 93 cas de guérison, l'intensité des symptômes a commencé à décroître immédiatement après les premières évacuations, dans 70 cas ; elle est restée stationnaire, pendant quelques jours, dans 19 cas ; elle a augmenté, malgré les évacuations, pour décroître ensuite, dans 4 cas. Les formes *inflammatoires*, *bilieuses*, avec ou sans délire, ont en général cédé rapidement ; les formes chroniques, celles décrites par les anciens, sous le nom de *muqueuses*, de *lentes nerveuses*, résistaient davantage.

Voilà certainement des résultats qui, en dépit de toute théorie, feraient employer les évacuants par tous les médecins, s'il ne s'élevait aucune objection sérieuse. Nous allons donc examiner successivement la plupart de celles qui ont été présentées.

Et d'abord, ceux qui ont récemment expérimenté n'ont pas tous obtenu un nombre de guérisons aussi grand que M. Delaroque. M. Piedagnel, sur 134 malades traités par lui, en a perdu 19, un septième. M. Beau explique cette différence en faisant remarquer que la méthode de M. Piedagnel n'était pas en tout semblable à celle du médecin de l'hôpital Necker. Il saignait pour satisfaire à quelques indications ; il ne faisait jamais vomir ses malades ; il leur donnait régulièrement trois bouillons par jour pendant toute la durée du traitement. M. Beau regrette également que M. Piedagnel n'ait pas indiqué à quelle époque du début les purgatifs ont été donnés pour la première fois dans les cas malheureux, puisque, les moyens évacuants n'étant réellement puissants que dans le premier ou le deuxième septénaire, on ne peut plus guère compter sur eux dans le troisième (1).

Un autre reproche plus grave est le suivant : on a dit que les purgatifs guérissaient les cas légers, mais que les cas graves résistaient à l'action de ces moyens, et, partant de ce point, on a prétendu que les cas guéris n'étaient pas des fièvres typhoïdes, mais de simples embarras gastriques, des irritations légères de l'estomac et des

(1) Nous ne parlerons pas ici du résultat moins favorable encore de M. Videcoq, ce médecin n'ayant recueilli qu'une petite partie des cas observés par M. Piedagnel.

intestins. Les partisans des moyens évacuants ont répondu que d'abord il fallait prouver l'erreur de diagnostic qu'on leur attribuait; qu'ensuite c'était justement un des avantages de leur méthode, que d'arrêter la maladie dans sa marche, et que les cas qui, sous l'influence du traitement ordinaire, passaient rapidement à une terminaison funeste, ne commençaient pas d'une autre manière que ceux que les purgatifs guérissaient. La crainte d'irriter l'intestin par les évacuants répétés, celle de déterminer des perforations, ne sont point fondées davantage. Ce sont là des points au moins surabondamment prouvés par les expérimentateurs, qu'a suscités la méthode dont nous parlons ici. Presque tous, en effet, ne l'abordaient qu'avec défiance; plusieurs même avec prévention. Nous en trouverons une preuve particulière dans le passage suivant de la dissertation de M. Videcoq. Ce médecin, après avoir rapporté un cas qui, commencé au neuvième jour, resta sans amendement jusqu'au dixième du traitement, considère cette marche comme peu favorable aux purgatifs. « Il est vrai, dit-il, que, sous l'influence des émollients ou des émissions sanguines, on voit aussi des affections semblables traîner en longueur, mais ces moyens sont tellement innocents, que ce que l'on peut faire alors, c'est d'accuser leur impuissance. En est-il de même d'agents perturbateurs mis chaque jour en contact avec la muqueuse malade? Ne devient-il pas plus probable, lorsqu'on ne voit l'amélioration se prononcer qu'après leur suspension, qu'ils ont contribué à l'éloigner? Il est déjà assez surprenant que des purgatifs répétés ne fassent pas prendre à ces maladies des formes plus graves, pour que nous nous bornions à le faire remarquer, sans vouloir justifier les inconvénients qu'ils peuvent avoir. » C'est avec des dispositions analogues que la méthode fut étudiée par la plupart des médecins. Eh bien ! tous ceux qui ont consenti à l'essayer, et le nombre en est grand aujourd'hui, et on y trouve les noms les plus recommandables, tels que celui de M. Louis (1), s'accordent pour

(1) M. Louis mit en usage le traitement de M. Delaroque, dès le 18 mars 1835, à l'hôpital de la Pitié, sur 38 malades. M. Barth vient de publier les résultats obtenus par M. Louis. Divisant les cas observés en cas graves, cas moyens et cas légers, il étudie successivement l'effet des purgatifs dans ces trois cas. 1° Sur 9 cas gra-

la regarder, sinon comme supérieure à toutes les autres, au moins comme leur égale.

Si l'anatomie pathologique, science toute nouvelle, n'eût point fait dédaigner l'étude des anciens, ces résultats n'eussent point autant étonné. M. Beau, dans sa dissertation, a rassemblé les passages les plus concluants en faveur de la méthode évacuante, dans les écrits de Sydenham, Baglivi, Huxham, Pringle, Strack, Grant, Tissot, Haller, Lepecq, Stoll, Reil, etc., etc.; tous ces médecins illustres l'ont employée avec succès. D'une autre part, M. Beau a également étudié les auteurs qui, guidés par des théories spéciales ou par tout autre motif, ont rejeté les purgatifs. Ceux-ci sont encore sortis victorieux de cette contre-épreuve; de Leboé, Ramazzini,

---

ves, 7 guérisons, 2 morts. 2° Sur 8 cas moyens, 7 guérisons, une mort (les signes de la phthisie s'étaient développés pendant le traitement). 3° Sur 21 cas légers, qui tous guérirent, M. Barth en retranche 7 dont le diagnostic lui paraît douteux : reste donc 14 cas bien constatés.

En totalité, sur 31 malades, 28 guérisons et 3 morts, ce qui fait un mort sur 10, et une fraction minime. Cette proportion serait plus avantageuse, 1 mort sur 12, si on y ajoutait les 7 cas retranchés. Quant aux effets du traitement sur la durée de la maladie, voici les moyennes données par M. Barth, chez les malades qui guérirent.

Le début de l'affection, lors de l'entrée à l'hôpital, datait de neuf jours un tiers.

La durée de la maladie, depuis l'admission à la convalescence, fut de quatorze jours.

La même durée, depuis l'apparition des premiers symptômes jusqu'à la convalescence, fut de vingt-trois jours.

La durée du séjour à l'hôpital fut de vingt-huit jours.

La durée totale de l'affection, depuis le début jusqu'à la sortie des malades, fut de trente-sept jours.

Ces résultats sont assez favorables pour qu'on puisse, sans crainte, employer le traitement indiqué. Ils ont d'ailleurs été répartis, dans les différents mois de l'année, assez également pour éloigner l'idée de toute constitution épidémique (*Presse médicale*, 1837, N° I.)

Dehaen, Stahl, pour ne citer que les plus célèbres des médecins placés dans cette catégorie, étaient loin d'être heureux dans le traitement des fièvres, à en juger par leurs propres écrits. Recherchant ensuite la cause de l'oubli où était tombée cette méthode dans ces derniers temps, M. Beau développe les idées exposées au commencement de cet article, et arrive à cette conclusion que les évacuants ont été éliminés du traitement de la fièvre par suite d'une véritable *panique*, qui elle-même dérivait de la manière vicieuse dont on concevait l'altération de l'intestin. « Nous avons, dit-il, subi un reflux de la théorie thérapeutique, analogue à ceux qui ont suivi les idées de Brown, Leboé, Sthal; seulement il faut reconnaître que cette époque n'a pas été entièrement malheureuse; il nous en reste la localisation des fièvres, découverte importante sans doute; mais ne doit-on pas reconnaître aussi qu'elle a été bien chèrement payée? »

Les faits en médecine sont indépendants des théories auxquelles ils donnent naissance; aussi n'avons-nous pas insisté dans cette analyse sur la théorie que M. Beau propose, d'après M. Delaroque, pour remplacer celles qu'il a attaquées avec tant de bonheur. Quel que soit le jugement qu'on porte sur la théorie de M. Delaroque, qui n'est au fond que celle des anciens, nous ne pouvons nous empêcher de transcrire ici une partie des pages que lui consacre M. Beau. On y trouvera au moins une exposition parfaitement présentée des effets immédiats qui suivent l'administration des évacuants. « Supposons, dit-il, un individu qui présente des symptômes saillants de fièvre typhoïde, tels que du gargouillement, de la douleur à la région iliaque droite, du ballonnement du ventre. Si l'on vient à lui administrer un cathartique, il en résultera des évacuations copieuses, fétides, et peu après il n'y aura plus ou presque plus de gargouillement, de douleur, de ballonnement. Supposons ensuite que ce malade soit abandonné à lui-même; au bout de deux ou trois jours, les symptômes précités reviendront à leur état primitif, et on les verra diminuer ou disparaître de nouveau lorsqu'on aura provoqué de nouvelles évacuations; voilà les faits. Que faut-il raisonnablement en conclure? Que la matière des évacuations accumulées dans le cul-de-sac iléo-cœcal est la cause des symptômes précités, puisque ces symptômes disparaissaient par suite de l'expulsion de ces

matières.............. Mais ces symptômes locaux ne sont pas les seuls dont nous ayons à nous rendre compte : restent encore les symptômes généraux ou éloignés, cérébraux, pulmonaires, etc., dont il faut rechercher l'origine. Eh bien! ils se rattachent aussi aux liquides intestinaux; car ils se développent consécutivement à la diarrhée, qui est l'indice de la présence de ces liquides dans l'intestin, et ils disparaissent par suite des évacuations alvines répétées......... »

M. Beau les explique par la décomposition du sang, suite de l'absorption des matières putrides de l'intestin, et trouve la preuve de cette assertion dans divers phénomènes, en particulier dans les symptômes typhoïdes que l'on produit artificiellement chez les animaux, en leur introduisant des liquides putrides dans les veines. On est donc amené à considérer la fièvre typhoïde comme l'effet des liquides accumulés dans les parties déclives de l'intestin, où ils s'altèrent encore davantage en raison d'une fermentation putride déterminée par leur abondance et leur long séjour dans ce point.

L'action délétère de ces fluides est double, locale par leur contact sur la paroi intestinale, dont elles enflamment ou ulcèrent les follicules, comme le prouve le siége de ces altérations, qui sont d'autant plus prononcées qu'on examine l'intestin plus près du cul-de-sac iléo-cœcal; générale, par leur transport dans la masse du sang, d'où résultent les désordres dans les principaux viscères, tels que le délire, la stupeur, le râle typhoïde, etc., désordres qui tantôt prédominent sur les désordres intestinaux, tantôt sont plus faibles, comme le démontre l'observation.

« Cette manière de concevoir la fièvre typhoïde l'assimile aux empoisonnements, avec la différence que dans la fièvre le poison est un produit sécrété par l'individu lui-même, et qu'il se renouvelle pendant un certain nombre de jours. Nous allons voir que la même analogie se retrouve dans les effets et les indications thérapeutiques. En effet, les évacuants, de même que les contre-poisons, n'agissent pas directement sur les symptômes généraux; ils s'opposent seulement à leur entretien ou à leur exaspération, par l'expulsion des matières qui les ont engendrés, et la nature médicatrice fait le reste. Mais lorsque la nature est impuissante par suite d'une absorption trop considérable, et que l'économie a eu le temps de s'infecter profon-

dément, les évacuants n'ont alors plus d'influence curative, et leur efficacité échoue dans le traitement de la fièvre typhoïde, comme celles des contre-poisons le plus justement accrédités dans les cas d'empoisonnement, où on les administre à une époque trop éloignée de l'indigestion des substances toxiques. Cependant, comme on ne connaît pas toute l'étendue des ressources de l'organisme, et que d'ailleurs il faut chercher, autant que possible, à prévenir de nouvelles absorptions, on doit toujours débuter dans le traitement d'une fièvre typhoïde, quelque avancée qu'elle soit, par l'usage des évacuants. C'est une indication aussi rationnelle, je dirai même aussi obligatoire, que celle d'expulser du tube digestif les champignons vénéneux, bien qu'ils aient été ingérés depuis long-temps, et que les symptômes d'empoisonnement soient portés à un certain degré » (1).

SOCIÉTÉS SAVANTES.

INSTITUT DE FRANCE.

ACADÉMIE DES SCIENCES.

(Février 1837.)

Acide gallique. — Moyens de découvrir le pus dans le sang. — Emploi de l'or dans le traitement des scrofules.

SÉANCE DU 13 FÉVRIER. — *Acide gallique.* — Cet acide, d'après les recherches de M. Robiquet, n'existe point tout formé dans la noix de galle, mais il est dérivé de l'acide tannique qu'elle renferme; M. Pelouse a déjà publié le résultat de ses travaux sur ce sujet; avant lui, on ne soupçonnait pas cette transformation chimique, qui paraît due à l'action de l'air ou de l'oxygène. M. Pelouse, en effet, a obtenu

(1) Dans un rapport académique récent, M. Andral est venu confirmer les avantages des purgatifs dans le traitement des fièvres graves. (*Note du Rédact.*)

l'acide gallique en faisant réagir directement l'oxygène sur le tannin ; seulement la réaction n'est pas aussi subite qu'on pourrait le croire en la comparant à celle qu'on obtient, en remplaçant cet agent par la noix de galle elle-même.

Contrairement à l'opinion de M. Chevreul, M. Robiquet fait observer que l'infusion de noix de galle renfermée dans des flacons hermétiquement fermés, laisse déposer en assez grande quantité de l'acide gallique. Cette différence de résultats paraît dépendre de la quantité d'eau employée, ainsi que de la température.

De ses diverses recherches et expériences, l'auteur est conduit à élever des doutes sur l'existence du tannin comme corps simple.

SÉANCE DU 20. — *Moyen de découvrir le pus dans le sang.* — M. Maudl lit un mémoire sur ce sujet. Il fait observer d'abord que l'ammoniaque, regardée par un grand nombre de physiologistes comme un réactif propre à obtenir ce résultat, ne lui donne aucun moyen de reconnaître la présence du pus, car si elle change ce liquide en une gelée transparente, elle transforme aussi le sang à peu-près de la même manière. Le moyen proposé par M. Maudl consiste à séparer la fibrine du sang, en le battant avec une baguette de verre. Si le sang est pur et non encore aggloméré en caillot, la baguette se trouve bientôt recouverte d'une membrane élastique, laissant sous le doigt qui la presse une sensation analogue à celle que produit la gomme élastique mouillée. Cette membrane, d'une couleur rouge, passe avec le lavage par une série de teintes de moins en moins foncées, et devient jaunâtre. Si, au contraire, du pus, en très-petite quantité, se trouve mêlé au sang, il ne se forme plus, autour de la baguette, de membrane entière, mais une accumulation de lambeaux filamenteux dépourvus d'élasticité. La quantité de pus est-elle plus considérable, il ne se forme ni membrane ni débris filamenteux, et le sang, abandonné à lui-même, ne dépose aucun caillot.

SÉANCE DU 27. — *Emploi de l'or dans le traitement des scrofules.* — M. Roux fait un rapport sur un mémoire de M. Legrand relatif à ce sujet. Déjà l'auteur de ce travail avait publié le résultat de ses recherches sur les préparations d'or contre les maladies syphilitiques, avec lesquelles les scrofules ont plus d'un rapport.

De même que pour les affections syphilitiques, l'or peut-être employé contre les maladies scrofuleuses de différentes manières et à différents états ; à l'extérieur, en frictions sur les engorgements glanduleux ou autres devenus chroniques, ou incorporé dans un excipient quelconque pour le pansement des ulcères scrofuleux ; à l'intérieur, en pastilles ou pilules, ou bien en frictions sur la langue. Seulement, il ne jouit pas de propriétés aussi énergiques à l'état de pureté qu'à l'état de sel ou d'oxyde.

Un des premiers effets des préparations d'or, c'est une activité plus grande des fonctions digestives : aussi peut-on en continuer l'usage bien plus long-temps que cela ne pourrait avoir lieu pour les préparations de mercure et d'arsenic ; sous ce rapport, elles rentrent dans la catégorie des préparations ferrugineuses, et doivent être administrées à des proportions infiniment plus petites.

M. le rapporteur adopte les conclusions du mémoire, dans toute leur étendue, et réclame pour les recherches et les observations de M. Legrand l'approbation de l'Académie. (Adopté).

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

(Février 1837.)

Régénération des tissus. — Empyème. — Grippe. — Bégaiement. — Eaux minérales de Gréoulx et de Propiac. — Observation et discussion sur la morve aiguë chez l'homme.

Séance du 6. — *Régénération des tissus.* — M. Cruveilhier fait un rapport sur un travail de M. le docteur Kuhnholtz de Montpellier touchant la régénération des tissus du corps humain, et les limites du pouvoir régénérateur de ces tissus. M. Kuhnholtz établit, après quelques considérations générales, qu'il regarde comme fort douteuses pour l'espèce humaine, la régénération des organes entièrement enlevés, assez commune chez certaines espèces animales. L'analogie, pour lui, ne peut établir en conséquence aucun rapport des animaux à l'homme.

L'auteur parcourt ensuite les faits physiologiques généralement avancés en faveur de la régénération du corps humain, et regarde comme vicieux les raisonnements qui tendent à attribuer à un organe une fonction qui subsisterait après la perte de cet organe, ou bien qui lui attribueraient une fonction qui pourrait s'altérer ou cesser, ce même organe restant dans son état d'intégrité.

La régénération des tissus chez l'homme se fonde seulement sur des faits relatifs à la régénération des os, du périoste, des ongles, de la peau, de l'épiderme, des membranes muqueuses, du tissu cellulaire et de la substance nerveuse. Chez les animaux, la puissance qui préside à la régénération de leurs tissus formateurs est d'autant plus grande qu'on se rapproche plus des derniers degrés de l'échelle animale.

M. Cruveilhier ne comprend pas de la même manière que M. Kuhnholtz la régénération des tissus : ainsi, dit-il, les expériences qui tendent à faire admettre la régénératiou des nerfs ne sont nullement probantes à mes yeux. Si des organes ont conservé ou repris l'usage de leurs fonctions après la section des nerfs, c'est qu'ils recevaient des nerfs de plusieurs sources; jamais, lorsqu'un nerf est entièrement isolé du cerveau, la sensibilité ne se rétablit dans l'organe où il allait se distribuer : elle y est perdue sans retour. Un nerf divisé peut bien se réunir de nouveau par une cicatrice solide, mais la matière de cette cicatrice n'est point de même nature que le nerf qu'elle réunit, et elle forme une barrière que la sensibilité ne saurait franchir.

M. Roux se renferme dans les limites du doute sur la proposition émise par M. Cruveilhier; quelques cas de parties totalement enlevées, et qui ont pris racine, après leur réapplication, semblent ne pouvoir faire admettre sans restriction l'impossibilité d'une réunion nerveuse. M. Roux aurait désiré également que M. Cruveilhier eût donné par ordre les tissus susceptibles de régénération partielle ou totale. Les expériences qu'il avance sur la section des tendons sont pour M. Roux une preuve que les tendons sont, de tous les organes, ceux que la nature réunit le plus facilement et à moins de frais.

Empyème. — M. Cruveilhier montre le thorax d'une femme à laquelle il a fait pratiquer l'opération de l'empyème, pour donner

issue à un épanchement séro-purulent, résultant d'une pleurésie. L'opération, qui avait eu d'abord lieu au moyen d'une ponction avec le trois-quarts, n'avait amené qu'un écoulement peu considérable de liquide, et un soulagement momentané, auquel succédèrent bientôt de nouveaux symptômes d'épanchement, et une suffocation imminente. M. Cruveilhier, qui avait attribué la difficulté de l'écoulement par la canule à la petitesse de l'ouverture, se décida à faire ouvrir, de rechef, la poitrine, avec une large incision; en effet, le pus sortit à flot, et la malade éprouva un soulagement si efficace qu'elle se crut guérie. La longueur du séjour au lit avait amené chez cette femme de larges eschares aux deux tubérosités ischiatiques. M. Cruveilhier attribue à la gangrène la mort, qui est arrivée 23 jours après la dernière opération.

SÉANCE DU 14. — *Discussion sur la grippe de Paris.* — M. Lepelletier entretient l'Académie des observations qu'il a recueillies sur un très-grand nombre de malades qui sont entrés dans son service médical, à l'Hôtel-Dieu, atteints de la maladie régnante. La grippe, dit-il, est une bronchite spasmodique, toujours bénigne, à moins d'une complication, présentant en général les mêmes symptômes chez tous les malades, dont aucun n'est mort par l'effet de cette seule affection. Quant à la cause, M. Lepelletier admet, indépendamment de l'état de l'atmosphère, une cause occulte qui échappe, comme dans la plupart des épidémies, à nos moyens d'investigation. La complication que M. Lepelletier signale comme la plus commune dans cette maladie est la concomitance de la pleurésie et de la pneumonie : sur 200 grippés qu'il a observés dans les salles de l'Hôtel-Dieu, il a signalé 25 pneumonies et 2 pleurésies.

La saignée, qui d'ordinaire produit un assez bon effet dans les inflammations catarrhales, n'a pas paru jouir dans le traitement de la grippe de la même efficacité. Ce qui lui a paru le mieux réussir dans ce dernier cas, c'est l'empoi à haute dose du tartre stibié, d'après la méthode de Rasori.

M. Willermay partage l'opinion de M. Lepelletier; il ajoute seulement que les saignées, contrairement à l'opinion générale, lui ont été utiles toutes les [illegible] que les malades présentaient de la céphalalgie ou quelque autre symptôme inflammatoire un peu grave.

M. Récamier se hâte de faire observer, en rapprochant l'épidémie de 1837 de celle de 1803, que la grippe ne doit pas être désignée sous le nom de bronchite, puisque les bronches ne sont pas tout entières malades. C'est d'après lui un *catarrhe tussiculeux* dans lequel il n'y a d'affecté que la membrane muqueuse. L'épidémie de grippe de 1803 fit des ravages mortels à Paris ; les autopsies signalèrent alors une affection intestinale qui laissa pendant long-temps des traces de son existence, ainsi que cela arrive dans toutes les épidémies. L'épidémie présente n'en diffère pas sous ce rapport ; sa nature peut être assimilée à celle des fièvres éruptives, dont elle emprunte la plupart des symptômes essentiels. Ce qui doit surtout attirer l'attention des praticiens, c'est sa forme variée et quelquefois insidieuse, qui doit amener des modifications dans le traitement ; toutefois, un point principal de ce traitement, c'est l'entretien de la transpiration : aussi les bains ont généralement réussi.

M. Récamier signale ensuite les principales formes de la grippe, dans lesquelles le traitement a dû s'être subordonné aux symptômes prédominants. La plus fréquente a été la prédominance des symptômes inflammatoires, qui ont été victorieusement combattus par l'emploi des émissions sanguines. Chez un grand nombre de sujets, l'appareil digestif semblait être le siége de la maladie ; la bouche amère, la langue blanche et pâteuse, indiquaient un état saburral des premières voies ; les vomitifs administrés sans hésitation ont rapidement amené la convalescence. Une troisième classe de malades a présenté des symptômes de perturbation du système nerveux accompagnée d'adynamie et de prostration des forces. Chez eux, le pouls était petit et déprimé, et l'usage de la saignée leur était nuisible ou funeste.

MM. Piorry et Bouillaud ajoutent à leur tour quelques considérations sur le même sujet. M. Bouillaud, pour la première fois, reconnaît l'insuffisance de son traitement jugulant des saignées coup sur coup dans cette circonstance.

Bégaiement. — M. Serre d'Uzès lit un mémoire sur le geste et la phonation étudiés sous le rapport du bégaiement. L'auteur établit dans ce travail, dont nous donnons le résumé, quelques conditions simples ; à l'aide desquelles on peut facilement parvenir à combattre cette affection : 1° diviser les syllabes des mots par des

intervalles égaux; 2° dompter par des efforts soutenus le spasme des muscles faciaux en luttant contre leur paresse; 3° trouver dans les gestes un régulateur qui dirige la phonation et mesure les actes respiratoires; 4° s'armer de patience et d'une volonté ferme et soutenue, qui assure la réussite des autres moyens proposés. (Commissaire, M. Itard).

SÉANCE DES 21 ET 28. — *Eaux minérales de Gréoulx et de Propiac.* — M. Boullay fait un rapport sur les eaux de Gréoulx et de Propiac, dont il a fait l'analyse conjointement avec M. Henry. Les eaux de Propiac contiennent du carbonate et du sulfate de chaux, des sulfates de magnésie et de soude, des chlorures de magnésium et de sodium, un peu de silice et de matière organique; mais les sulfates de soude et de magnésie dominant la rendent purgative.

La source d'eaux minérales de Gréoulx, si célèbre dans toute la Provence, avait manifesté ses effets salutaires avant que la chimie eut découvert les éléments qui entrent dans la composition de ses eaux. Ces éléments sont de l'acide carbonique en grande quantité, du carbonate de chaux, du chlorure de sodium et de magnésium, et de l'hydrogène sulfuré. Leur température est assez élevée, et marque de 35 à 36°.

Morve aiguë chez l'homme. — M. Rayer communique l'observation d'un palfrenier qui couchait dans une écurie, auprès d'une jument anglaise morveuse, qui a succombé à la morve dont elle était atteinte, et dont il l'a contractée lui-même. Cet homme a présenté pour symptômes principaux une éruption pustuleuse à la peau, dans les fosses nasales et au larynx, des ecchymoses et des eschares gangréneuses au-dessous de l'oreille et au gland, de petits abcès dans les poumons et dans le tissu des muscles, lesquels symptômes se sont terminés par la mort. L'autopsie a démontré une phlogose intense avec une éruption de forme particulière de la muqueuse nasale et pharyngienne.

M. Rayer montre à l'Académie les pièces pathologiques, pour servir d'appui et de complément à ses paroles. Il se livre ensuite à quelques considérations touchant cette maladie, et fait une revue des faits publiés jusqu'à ce jour sur la morve de l'homme. D'après ses propres expériences, faites conjointement avec M. Leblanc,

M. Rayer n'émet aucun doute sur la transmission par contagion de cette maladie ; jamais elle ne s'est déclarée spontanément ; toujours elle s'est transmise du cheval à l'homme, et s'est terminée par la mort.

M. Dupuy établit que chez le cheval la morve peut être aiguë ou chronique. La première est essentiellement contagieuse, la seconde ne l'est point. M. Barthélemy partage cette opinion, mais dans le cas actuel, cité comme un cas de morve transmise du cheval à l'homme, il refuse de reconnaître les symptômes caractéristiques de cette maladie, qu'il réduit aux trois suivants: 1° le flux nasal ; 2° la tuméfaction des ganglions intermaxillaires ; 3° les chancres de la membrane pituitaire : or, dans le cas cité par M. Rayer, les deux premiers symptômes pathognomoniques manquent. Donc, dit-il, il n'y avait pas de morve.

Quant à la nature de cette affection, reconnue par M. Rayer comme éminemment susceptible d'être transmise par contagion du cheval à l'homme, M. Barthélemy ne partage nullement aussi son opinion à cet égard ; il cite à l'appui de son assertion des épizooties de morves pendant lesquelles les palfreniers et les élèves attachés aux écoles où étaient soignés un très-grand nombre de chevaux atteints de la morve, n'ont eu nullement à se repentir de leur voisinage et de leurs rapports nombreux avec ces animaux. S'il en était autrement, et que la maladie se propageât, comme le croit M. Rayer, du cheval à l'homme, des cas bien plus fréquents d'atteinte de morve se montreraient chez ce dernier.

VARIÉTÉS.

Gélatine alimentaire. — Nominations académiques. — Concours pour la place de chef des travaux anatomiques. Réélection des médecins d'hôpitaux. — Grippe.

Gélatine alimentaire. — M. Gannal a adressé à l'académie des sciences une lettre que nous nous plaisons à repro-

duire, très-portés que nous sommes à en adopter les conclusions :

« Lorsque M. d'Arcet, dit l'auteur, s'est engagé devant l'académie à s'en rapporter complètement au jugement de l'académie, je me suis imposé la loi d'attendre cette décision, et je me suis abstenu de faire, soit à l'académie, soit au public, la communication de nouveaux travaux à ce sujet. Mais, dans un journal, *le Moniteur industriel*, vient de paraître un article où M. d'Arcet, à propos du compte-rendu de l'emploi de la gélatine à l'hôpital Saint-Louis, regarde comme parfaitement démontrées les propriétés alimentaires de cette substance. Cet article s'appuie seulement sur le nombre des malades nourris, le nombre des rations de gélatine données pendant sept ans sans inconvénient. En présence de cet appel au public, qu'il me soit permis de rappeler que des expériences directes, et que j'ai le droit de trouver justes jusqu'à la décision de la commission, m'ont démontré qu'en administrant ainsi la gélatine, on donne à des individus mal nourris une substance qui n'est ni alimentaire ni salubre. Je pense, poursuit l'auteur de la lettre, qu'au lieu d'encourager l'emploi de cette substance dans les hôpitaux, on devrait provisoirement en suspendre l'emploi jusqu'à la décision de l'académie. »

Nominations académiques. — Un assez grand nombre de membres correspondants viennent d'être nommés par l'académie de médecine; ce sont : MM. Amador de Risueno, à Montpellier. Albert, à St.-Chinian. Angelot, à Dunkerque. Baumès, à Lyon. Bailly, à Bains. Blanchard, à Reims. Bompart, à Doulens. Bonafoux, à Alger. Bottex, à Lyon. Boutigny, à Evreux. Calabre de Breuze, à Melun. Cavenne, à la Martinique. Cazenave, à Cadillac. Colson (A.), à

Noyon. Coquin, à Péronne. Croy, à Sens. Daenzer, à Lille. Delaporte, à Vimoutiers. Denis, à Commercy. Etoc-Demazy, au Mans. Follet, à l'Ile Bourbon. Forget, à Strasbourg. Gaspard, à St.-Etienne-en-Bresse. Gensoul, à Lyon. Gérard, à Gray. Grosjean, à Remiremont. Haime, à Tours. Henri, à Lisieux. Houdart, à Ruffec. Kuhnholtz, à Montpellier. Lafosse, à Caen. Lasserre, à Agen. Lejeune, à Reims. Le Noble, à Versailles. Lesage, à Vierzon. Malapert, à Béziers. Malle, à Strasbourg. Miquel, à Toulouse. Moizin, à Metz. Mouronval, à Bapaume. Pécot, à Besançon. Pellieux (J.-N.), à Beaugency. Pravaz, à Lyon. Rennes, à Bergerac. Reynaud, à Cherbourg. Raynaud, au Puy. Ricord, en voyage. Roux, à Brignoles. Roux (Martin), à Marseille. Roque d'Orbcastel, à Toulouse. Serre, à Alais. Simonin, à Nancy. Stœber, à Strasbourg. Stoltz, à Strasbourg. Thomas, à Révigny. Tonnelle fils, à Tours. Tuefferd, à Montbéliard. Vallat, à Blanzy. Vanucci, à Corté. Vernhes, à Rabasteins. Vigier, à Pontoise.

Concours pour la place de chef des travaux anatomiques. — La nomination de M. Breschet au professorat a laissé vacante la place de chef des travaux anatomiques près la faculté de Paris. Cette place a subi de fâcheuses réductions : on n'accorde plus que six ans d'exercice au titulaire ; néanmoins, plusieurs concurrents se sont présentés, savoir : MM. Broc, Blandin, Chassaignac, Sanson (Alphonse), de Ligneroiles, Rigaud et Dufresse. Ils ont à subir cinq épreuves : une préparation anatomique désignée par le sort, une leçon orale d'anatomie (après 3 heures de réflexion) (1),

(1) Dans l'épreuve orale qui a eu lieu, M. *Broc* a dignement soutenu la brillante réputation qu'il s'était faite dans le concours pour la chaire d'anatomie. (Voir la *Revue médicale* de 1836.)

une opération sur le cadavre, plusieurs préparations sèches désignées par le sort. Le concours est ouvert depuis le 13 février; les juges, au nombre de sept, sont MM. Richerand (président), Breschet (secrétaire), Marjolin, Roux, Bérard, Cruveilhier et Duméril. Nous aurons sans doute bientôt à rendre compte d'un concours plus intéressant pour le public, c'est celui qui aura lieu pour la chaire d'hygiène laissée vacante par la mort du baron Desgenettes. M. H. Royer-Collard aura là une belle occasion de prendre sa revanche sur les auditeurs peu bienveillants qui ont si mal accueilli ses tentatives d'enseignement particulier.

Réélection des médecins d'hôpitaux. — Un article du réglement de service de santé publié en 1830, article contre lequel se sont élevées en vain les réclamations unanimes du corps médical et chirurgical des hôpitaux, prescrit la réélection des médecins et chirurgiens au bout de cinq ans. On s'occupe en ce moment de remplacer ou de réélire les médecins et chirurgiens élus en 1831. Il est évident que par cette disposition on a voulu, autant que possible, retenir sous la férule administrative les médecins que l'institution du concours tendait à émanciper; par là, on s'est réservé le droit de congédier au bout de cinq ans les médecins qui auraient montré quelque peu de résistance aux tracasseries et aux exigences d'une autorité qui, je veux le croire, est toujours mue par de bonnes intentions, mais qui n'est pas toujours suffisamment éclairée. Quoi qu'il en soit, s'il peut paraître utile et convenable de renvoyer les médecins que l'âge ou d'autres causes majeures rendent incapables de faire un service actif et assidu, n'est-il pas souverainement injuste de n'accorder que cinq ans d'exercice à des médecins pleins de zèle et d'instruction, et dont un grand nombre aujourd'hui font le service gratuitement? En vérité,

c'est aussi par trop d'égoïsme ! Hélas ! comme l'a si justement fait sentir M. Réveillé-Parise, dans des articles pleins de zèle et de sens que nous reproduirons peut-être quelque jour dans la *Revue* ; quelle différence sous le rapport de la dignité, de la sécurité et de la position sociale entre les médecins d'aujourd'hui et les médecins d'autrefois ! Siècle de fer, que ton joug est pesant !

Mais, il y a mieux encore. On vient de décider que désormais les médecins seraient *notés* chaque fois qu'ils ne se rendraient point à l'hôpital. A la fin de chaque mois, ils seront tenus de rendre un compte exact de leurs absences à l'administration. Il faut avouer que nous vivons dans un temps où les professions libérales sont singulièrement en honneur ! Le fisc classe les médecins entre les charcutiers et les écarrisseurs, et le conseil général des hôpitaux les place, dans la hiérarchie administrative, un peu au-dessous du simple commis. Il ne faut pas oublier d'ailleurs que le doyen de la Faculté actuel est membre du conseil... O glorieuse époque de *progrès* et de *liberté !*

Grippe. — Comme nous l'avions annoncé dans notre précédent numéro (voir l'art. *variétés* à la page 312), l'épidémie était terminée à Paris dans les derniers jours de février. Le sujet atteint de grippe suffoquante dont nous avons brièvement rapporté l'observation à la fin de l'article indiqué était en pleine convalescence dès le 8 mars. L'orthopnée avait disparu, le malade pouvait se coucher dans son lit et y dormir sans avoir la tête et le tronc plus soulevés que dans l'état habituel. La voix était en grande partie revenue. L'application d'un emplâtre émétisé sur le devant de la poitrine et le sulfate de quinine, uni à l'opium, administré pendant quelques jours contre un frisson quotidien qui se manifestait le soir, parurent avoir une influence très-marquée sur la disparition des accidents. Je le répète, c'est le seul cas grave de grippe pure et sans complication pneumonique ou pleurétique que j'aie eu occasion d'observer pendant toute la durée de l'épidémie.

NOTICES BIBLIOGRAPHIQUES.

Essai sur les hallucinations, par le docteur Bottex, discours prononcé devant l'administration de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon, dans sa séance publique, du 3 mai 1836, pour l'ouverture du cours de clinique sur l'aliénation mentale. Brochure in-8°, Lyon, 1836.

Le docteur Bottex est l'auteur d'un rapport fait à la société de médecine de Lyon, à l'occasion des questions soulevées par le congrès médical de Nantes. Ce rapport a été mis à contribution dans l'ouvrage que nous avons publié *sur les maladies vénériennes*; les idées médicales les plus saines y sont exprimées dans un style clair, correct et élégant, que l'on retrouve avec plaisir dans le nouveau travail du médecin de l'hospice de l'Antiquaille de Lyon. Encore que nous ne partagions pas l'opinion, selon nous beaucoup trop favorable, qu'il émet sur la doctrine de feu le docteur Gall, nous pensons, comme lui, que le délire dépend toujours d'une lésion, soit sympathique, soit primitive, du cerveau, parce que c'est lui qui est l'organe matériel de la pensée. Nous croyons encore volontiers que les faits rapportés par les auteurs qui se sont occupés des convulsionnaires, des extatiques, des possédés et des prétendus sorciers, ne dépendent point d'une cause surnaturelle, mais qu'ils sont aux yeux du médecin éclairé le résultat d'hallucinations diverses, en sorte que tout s'y réduit à une lésion plus ou moins grave du système nerveux. Enfin, nous admettons avec l'auteur de cet essai que lés hallucinacions, les songes, le somnambulisme, dérivent de la spontanéité d'action du cerveau, de la faculté qu'il a d'entrer en fonction par lui-même, c'est-à-dire sans y être provoqué par les impressions externes ou internes.

L'expérience prouve d'ailleurs, comme le dit M. Bottex, que les aliénés qui ont des *hallucinations* sont les plus nombreux (M. Es-

quirol évalue la proportion à 90 sur 100) et les plus dangereux, ceux qui demandent le plus de surveillance. L'auteur cite notamment l'exemple d'un mélancolique atteint d'hallucinations, qui étrangla sa fille, pour obéir *aux voix* qui lui commandaient de suspendre la respiration de sa victime! G.

Mémoire sur l'efficacité des injections avec le nitrate d'argent cristallisé, dans le traitement des écoulements de l'urètre, 1835.—_Mémoire_ sur l'emploi des préparations d'argent dans le traitement des maladies vénériennes, 1836, par M. Serre, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Montpellier, chirurgien en chef de l'hôpital Saint-Éloi, etc., etc.

L'auteur des deux mémoires dont nous venons de transcrire les titres annonce sur les maladies vénériennes une série de monographies dans lesquelles il publiera les matériaux que sa position favorable le met à même de recueillir. C'est là une entreprise que nous ne saurions trop approuver, et nous n'avons qu'à regretter que tous ceux qui, comme M. Serre, sont à même de voir beaucoup, s'occupent si peu de transmettre les fruits de leur expérience.

Le traitement de la blennorrhagie, « la mère de toutes les infirmités des voies urinaires, » est le sujet du premier mémoire du savant professeur. Il fait connaître les bons résultats qu'il a obtenus des injections avec la solution de nitrate d'argent cristallisé. La dose qu'il emploie généralement, et qui, après un grand nombre de tâtonnements, lui a paru la plus convenable, est un quart de grain, par once d'eau distillée, et chaque injection ne doit être que d'une once de liquide. Qelquefois, il faut la répéter soir et matin; souvent une seule injection par jour suffit. M. Serre ne pense pas qu'il faille les continuer 7 à 8 jours après que l'écoulement a cessé : il a cru remarquer que c'était un moyen de le faire reparaître. Jamais il n'a dépassé en tout le nombre de 15 injections. Il a négligé de faire comprimer le perinée, pour s'opposer à l'entrée du liquide dans la vessie, et sur près de 200 malades, il n'en est pas un seul qui ait présenté quelques symptômes de cystite. Lorsque les injections sont employées convenablement, elles ne causent pas de douleur : il en résulte seulement un léger prurit, et l'écoulement dis-

paraît en 4 ou 5 jours, quelquefois dès la seconde injection. Dans quelques cas rares, l'écoulement augmente d'abord, pour diminuer et disparaître bientôt. — C'est presque toujours contre les écoulements anciens que les injections de nitrate d'argent ont été employées : dans un petit nombre de cas, on a cherché à combattre par leur moyen des écoulements récents, et avec succès. Il y a même une observation, la 18e, qui montre une blennorrhagie commençante, arrêtée dès son début par trois injections avec le nitrate d'argent.

Du reste, l'auteur apprécie avec bonne foi la valeur du moyen qu'il indique. « En proposant les injections avec le nitrate d'argent » cristallisé contre les écoulements anciens et récents de l'urètre, » je n'ai jamais eu l'idée de les présenter comme un remède infail- » lible. Mais ce que je puis assurer sans craindre d'être démenti, » c'est qu'en se conformant aux préceptes que je viens de tracer, » on abrègera beaucoup la durée de ces écoulements, et l'on en » guérira même un grand nombre, qui eussent résisté à tout autre » mode de médication. »

Le second mémoire traite un sujet plus neuf que le précédent, car jusqu'à présent les préparations d'argent n'avaient jamais été employées à l'intérieur contre les maladies vénériennes. M. Serre a expérimenté avec le chlorure d'argent simple, le chlorure d'argent et d'ammoniaque, l'oxyde d'argent, l'argent divisé, le cyanure et l'iodure d'argent. Il a reconnu que le chlorure simple et le chlorure ammoniacal étaient les deux préparations qui lui avaient le mieux et le plus constamment réussi. Il les administre en pilules, d'après la formule suivante : chlorure d'argent ammoniacal, un grain ; poudre d'iris de Florence, deux grains ; conserve de tilleul, quantité suffisante, pour 12 ou 14 pilules. Il commence par un dixième ou même un huitième de grain de chlorure simple, sans qu'il en résulte le moindre inconvénient : jamais il n'a prescrit au début du traitement plus d'un douzième de grain de chlorure ammoniacal. Les doses augmentaient progressivement pendant la durée du traitement. M. Serre pense que lorsque cela est possible, il vaut mieux donner le médicament en frictions sur la langue qu'en pilules. Ce n'est que par suite de la mauvaise manière dont beaucoup de malades font les frictions qu'il a été obligé de recourir à la forme pilulaire. B.

A l'appui de ce qu'il avance des bons effets de l'argent dans les maladies vénériennes, l'auteur rapporte 22 observations de chancres, de végétations, de rhagades, de pustules, guéris par ce mode de traitement. Il les fait suivre de trois cas où il fut obligé de recourir au perchlorure de mercure. Sans doute, il n'y a pas là de quoi entraîner une conviction bien complète : mais ces faits suffisent pour engager les praticiens à expérimenter un médicament qui, comme le dit M. Serre, a sur le mercure l'avantage de ne jamais produire de salivation, et de ne jamais exercer d'action fâcheuse sur le tube digestif, ni sur les organes pulmonaires; de ne point salir le linge, d'être peu coûteux, de se préparer et de s'administrer beaucoup plus facilement que les préparations aurifères, et enfin qui peut être fort avantageux alors que le mercure et l'or sont restés sans effet.

La publication de ces deux mémoires est d'une haute utilité pour la science, et surtout pour la thérapeutique qui en est, en définitive, le but principal. Que M. Serre continue ses utiles publications : elles seront toujours reçues avec empressement par les hommes qui n'ont pas réduit leur art à une pratique routinière. Espérons que bientôt l'auteur nous fera part de ses recherches sur l'emploi du nickel dans la syphilis. B.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Traité complet d'anatomie chirurgicale, générale et topographique du corps humain, ou anatomie considérée dans ses rapports avec la pathologie chirurgicale et la médecine opératoire. Troisième édition, entièrement refondue, et augmentée en particulier de tout ce qui concerne les travaux modernes sur les aponévroses; par Alf.-A-L.-M. Velpeau, professeur à la Faculté de médecine, chirurgien de l'hôpital de la Charité et des dispensaires de la société philantropique, chevalier de la Légion-d'Honneur, membre de l'Académie royale de médecine, etc., etc. 2 très-forts vol. in-8°, avec atlas in-4°, de 17 planches. — Prix : broc. 25 fr. — Et franc de port par la poste, 30 fr. 50.

Paris. Méquignon-Marvis père et fils, libraires-éditeurs, rue du Jardinet, n° 13. — 1837. (La suite à la couverture.)

TABLES.

1837. TOME I.

TABLE ANALYTIQUE DES MATIÈRES.

TABLE ALPHABÉTIQUE

DES MATIÈRES ET DES AUTEURS.

B.

C.

D.

E.

F.

G.

H.

I.

J.

L.